UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ANNÉE 1973 - N°

LES DECOMPENSATIONS PSYCHIATRIQUES DE LA FEMME AU TRAVAIL

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 JUIN 1973
PAR

OUAAR ABDELKADER
NÉ LE 11 MARS 1943 A DJIDJELLI (CONSTANTINE)

MEMBRES DU JURY

M. A. MERIOUA, Professeur de Pathologie Médicale — Président

Melle J. BELKHODJA, Maitre de Conférences Agrégé (Gynécologie)
M. M. BOUCEBCI, Maitre de Conférences Agrégé (Psychiatrie)
M. A. LEHTIHET Maitre de Conférences Agrégé (Anatomie)
} JUGES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548220_0001

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ANNÉE 1973 - N°

LES DECOMPENSATIONS PSYCHIATRIQUES DE LA FEMME AU TRAVAIL

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 JUIN 1973
PAR

OUAAR ABDELKADER
NÉ LE 11 MARS 1943 A DJIDJELLI (CONSTANTINE)

MEMBRES DU JURY

M. A. MERIOUA, Professeur de Pathologie Médicale — Président
Melle J. BELKHODJA, Maitre de Conférences Agrégé (Gynécologie)
M. M. BOUCEBCI, Maitre de Conférences Agrégé (Psychiatrie)
M. A. LEHTIHET Maitre de Conférences Agrégé (Anatomie)
} JUGES

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

- SERMENT D' HIPPOCRATE -

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE :

A mon père

A ma mère

- Ce jour est pour eux l'aboutissement d'une longue vie de sacrifices.
- Qu'ils reçoivent cette bien modeste compensation en gage de reconnaissance et d'affection.

A ma femme

A mes garçons Amine et Karim

- Ce jour est pour nous une pierre nouvelle.
- Il est un témoignage de mon immense affection.

A ma soeur

A mes deux frères ,

- En témoignage de mon affection.

A mes beaux-parents

A mes beaux-frères et belles-soeurs,

- En gage d'estime.

A la mémoire de mon cousin OUAAR Mouloud

- Nous aurions voulu qu'il soit présent à nos côtés en ce jour heureux.

- Son souvenir restera toujours présent et nous guidera dans nos pensées et nos actes .

A mes oncles et mes tantes,

A mes cousins et cousines ,

A tous mes proches et alliés .

A Notre Président de Thèse ,

Monsieur le Professeur MERIOUA .

- Nous avons été honorés par votre présence à cette thèse dont vous avez bien voulu accepter la Présidence du Jury.

- Votre immense culture médicale et humaine font de vous un Maitre dont l'enseignement magistral a toujours été pour nous, source de savoir.

- Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance respectueuse.

A Nos Juges :

A Notre Maître Monsieur Le Professeur BOUCEBCI .

- Vous nous avez inspiré et diri--gé cette thèse.

- Vous nous avez dispensé au cours de nos stages hospitaliers, la richesse de votre savoir et l'abondance de votre expérience.

- Nous avons admiré votre rigueur méthodologique et votre clairvoyance qui se sont toujours associées à notre égard d'un intérêt bienveillant et réconfortant.

- Veuillez trouver ici l'hommage de notre reconnaissante estime et de notre admiration respectueuse.

A Mademoiselle le Professeur BELKHODJA .

- Votre intérêt et vos efforts pour la promotion et l'amé - lioration du sort de la femme algérienne, sont une oeuvre qui force notre admiration.

- Votre gentillesse habituelle et votre accueil bienveillant nous ont toujours réconforté.

- Que ce modeste travail puisse contribuer à votre oeuvre sera pour nous la meilleure récompense.

- Nous vous exprimons nos remerciements et notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur LEHTIHET .

- Vous avez été notre Mentor à travers toutes nos études.

- Vous resterez pour nous un symbole.

- Ce jour est la consécration de vos enseignements personnels, magistraux et hospitaliers.

- Notre très affectueuse gratitude et notre profond respect sont le gage de notre grande reconnaissance.

A Notre cousin, le Professeur BOUKHROUFA .

- En témoignage d'estime et d'amitié.

A Monsieur le Docteur RABARDEL .

- Vous nous avez aidé dans notre travail et mis vos dossiers à notre disposition ainsi que l'étendue de vos connaissances.

- Veuillez trouver ici le témoignage de notre estime et de notre reconnaissance.

A Mes Maitres de la Faculté,

A Mes Maitres des Hospitaux,

A Mes condisciples.

A tous ceux et celle qui ont participé à ce travail

et m'ont aidé dans sa réalisation.

Au personnel du Pavillon de Psychothérapie du Centre

Hospitalier et Universitaire d'ORAN.

INTRODUCTION

" LE TRAVAIL EST UN TRESOR "

ESOPE LE PHRYGIEN

La place habituelle de la femme en Algérie était le foyer familial avec sa structure traditionnelle : cellule familiale de type patriarcal avec structure agnatique où la femme constamment sous tutelle, avait néanmoins un rôle très important bien que de plus en plus ambigu depuis quelques décades.

Chargée essentiellement d'assurer la descendance mâle de préférence, elle était absolument la "femme au foyer" ; Etre social qui n'atteignait sa majorité qu'à travers celle de ses enfants et éventuellement par son accession au statut de belle mère.

Sa participation à la vie quotidienne restait cantonnée parfois toute la vie dans un cercle étroit : celui des relations familiales, purement féminines, ce qui ne l'empêchait pas d'être un agent actif de la vie en groupe même extra-familial, tant par les informations que par le rôle et l'influence exercés, ne setait-ce que dans l'éducation des enfants et des petits enfants.

La grande mutation historique socio-culturelle, économique et politique amorcée durant les dernières décennies et surtout à partir de 1962, a remodelé totalement les rapports so-

ciaux en Algérie. Le fait que, même au maquis, la femme ait assuré son rôle, a majoré et acceléré une évolution rendue possible par le biais, notamment de la scolarisation et l'influence des mass-média.

Ce rôle de la femme et sa nouvelle place dans la société, ont entrainé toute une série de problèmes. L'un des plus importants étant l'accession de la femme Algérienne au monde du travail.

Cette accession souvent réclamée par la femme, favorisée par les nouvelles structures socio-économiques, ne se fait pas sans problèmes ; problèmes éventuellement traduits dans une expression psychiatrique. L'augmentation constante du nombre de femmes suivies en psychiatrie et notamment de femmes qui travaillent, nous a semblé justifier une étude dont ce travail représente la première approche.

L'ampleur du problème, les difficultés de tous ordres et notamment le peu de documents concernant cette question ajoutés à la difficulté d'une approche psychopathologique poussée, compte tenu de l'importance de la demande et la nécessité de pallier au plus pressé, font que nous avons essayé une

approche à travers des documents médicaux existant déjà.

Ce dernier élément a également été un handicap supplémentaire qui explique l'orientation plus épidémiologique de notre travail.

Il est certain qu'une étude plus poussée devra être envisagée dans une optique multidisciplinaire associant Psychiatres, Psychologues, médecins du travail, Juristes et Sociologues afin de pouvoir appréhender de manière plus valable, le vécu de la femme Algérienne au travail et les problèmes de décompensation rencontrés chez elle.

De nombreux travaux actuels ont abordé, dans un contexte socio-culturel différent :

- Soit les aspects propres à la Psychopathologie du travail (Sivadon et Amiel)

- Soit ceux liés à toute une série de phénomènes , en particulier à la vie moderne (R. et S. Planche).

Il est bien certain que, de par son statut très particulier, la femme Algérienne qui travaille, cumule des éléments liés à ceux soulignés par Sivadon et Planche, et des facteurs plus particuliers liés à l'acculturation dont elle semble, pour la société où elle évolue, évoquer un des aspects majeurs, c'est dire que, à l'ambiguité de son statut traditionnel, ne va pas se subtituer un nouveau statut clair, mais une situation fausse. Celle-ci sera maximum chez la femme qui travaille et assure seule la subsistance du ménage ou du foyer.

Compte tenu de tous ces éléments, la signification réelle de ces décompensations d'allure psychiatrique chez l'Algérienne qui travaille, ne pourra être comprise qu'après avoir essayé de restituer le problème de la femme qui travaille et de l'Algérienne en particulier.

- Notre étude suivra ce plan .

1°/ - PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL :

a) Psychopathologie du travail en général

b) Psychopathologie de la femme au travail

c) Psychopathologie Sociale en Algérie

d) Psychopathologie de la femme Algérienne au travail

2°/ - ETUDE ANALYTIQUE DES DOSSIERS

a) Approche globale :

- Dossiers étudiés
- Cadre de cette étude

b) Analyse :

- Les hospitalisées
- Les consultantes
- Les expertises

3°/ - QUELQUES OBSERVATIONS

4°/ - CONCLUSION

CHAPITRE I

PSYCHOPATHOLOGIE

" LIBERER LA FEMME DANS LA FEMME "

F. NIETZSCHE

Depuis la plus haute antiquité, l'organisation sociale a eu pour corollaire de la vie en groupe, la nécessité d'une répartition des tâches et des activités.

De par son rôle de gestatrice, la femme s'est vue, dans la plupart des sociétés, attribuer un rôle qui tenait compte de cet élément fondamental. L'âge précoce du mariage, la multiplicité des grossesses (compensant la mortalité infantile importante) faisaient que la femme était constamment en "travail".

L'homme, quant à lui, assurait une activité extérieure résumée dans le mot travail (dont il convient de souligner qu'étymologiquement, il vient de Tripallium, instrument de torture).

Cette organisation connaissait des exceptions :

- Sociétés primitives australiennes où c'est la femme qui détient le pouvoir et les moyens de production.

- Dans d'autres sociétés, la place de la femme lui laissait éventuellement une part du travail de la communauté en plus de ses obligations de mère et d'épouse telles certaines régions d'Algérie (Kabylie) où la femme participe aux

travaux des champs, ce statut de travailleuse étant lié le plus souvent à l'émigration de l'homme.

L'évolution socio-économique et notamment l'industrialisation, ont bouleversé certaines structures, créant ainsi de nouveaux schèmes d'organisation du travail : travail à la chaine.

Par ailleurs, la tendance à l'urbanisation et la complexité des nouvelles relations dans le groupe, font de plus en plus de l'individu un citoyen qui, à sa majorité, doit s'affirmer individuellement : le travail étant le tremplin par lequel l'individu pourra se réaliser socialement.

La scolarisation, la multiplication des postes de travail, ont entrainé l'existence d'une infinité de "microcosmes" sociaux dans lesquels le sujet, le plus souvent, n'est pas réellement intégré.

Ces nombreuses données ont amené à la notion de médecine du travail dont l'un des volets essentiels mais encore trop peu développé, est celui de la Psychiatrie Sociale.

En effet, de plus en plus, les décompensations du travailleur, sont des décompensations psychiatriques et, s'il est classique de dire qu'on mesure le degré de développement d'une société à la place qu'y occupe la psychiatrie, il faut bien dire que le degré de développement d'une société se mesure avant tout par son indice économique donc par sa productivité, donc par ses travailleurs et donc par leur niveau de santé.

A/ - Les aspects psychopathologiques du travail :

Les aspects psychopathologiques du travail sont nombreux. Certains sont dûs au type et au mode de travail :

- Travail de nuit
- Travail à la chaine
- Travail dans certaines conditions défavorables (mines)
- Travail dangereux

Ces conditions pourront jouer leur rôle traumatique :

- Soit parce qu'elles sont en elles-mêmes éminemment pathogènes,

- Soit parce qu'elles sont vécues comme telles : exemple des mineurs qui vivent dans la hantise d'une silicose.

- D'autres sont liés aux implications et aux contraintes qu'entraine le poste de travail :

- Travailleur habitant loin de son poste (de nombreux travailleurs habitent Oran et doivent se rendre pour leur travail à Arzew. Ils doivent tous les jours faire 100 Kms en train ou en car dans des conditions inconfortables, accumulant ainsi fatigue du travail et fatigue du trajet).

- Travailleur émigré vivant dans des conditions sociales et notamment hygiéno-diététiques lamentables (ulcères etc...).

D'autres sont liés à la hantise d'un changement :

- De poste de travail, exemple des policiers mutés cinq à six fois dans l'année à des distances parfois très grandes.

- De perte de son travail ou de rétrogradation, exemple de l'émigré qui accède à un poste d'ouvrier spécialisé, et qui, à la suite d'un accident va se sentire comme diminué et ce, d'autant plus que l'octroi d'une invalidité le renforce dans cette opinion et que, par ailleurs, à la reprise du travail, il risque d'être affecté à un poste encore plus bas situé dans la hiérarchie du travail.

Par ailleurs, sur le plan plus spécifiquement Algérien, la grande mutation socio-économique historique amorcée depuis 1962 amène très souvent à des postes de travail, des sujets non préparés. Malgré toute leur bonne volonté, le manque d'encadrement et l'insuffisance de formation, l'inexpérience, joueront un rôle majeur dans l'installation d'une décompensation, qui prendra volontiers un masque psychiatrique. Ce phénomène est particulièrement net au niveau des cadres moyens et supérieurs appelés à assumer des responsabilités écrasantes.

B/ - Psychopathologie de la femme au travail :

Face à un système conçu par et pour l'homme, la femme de par sa condition biologique, son statut historique, a dû progressivement d'une part, faire accepter le fait qu'elle travaille, d'autre part, qu'elle a des qualités lui permettant d'accéder à de très nombreuses professions traditionnellement réservées à l'homme :

- En URSS, 86% du Corps Médical est constitué par des femmes.

- En FRANCE, ouverture de l'Ecole Polytechnique Militaire aux femmes en 1972 avec, comme major de promotion, une jeune femme.

Par ailleurs, la femme a dû, en même temps, lutter pour :

- Tout d'abord adapter sa situation d'épouse et de mère de famille à ce nouveau statut social.

- D'autre part, le principe à travail égal, salaire égal quel que soit le sexe, exemple des médecins en URSS, leur pénétration prépondérante dans cette profession, s'est accompa-

gnée d'une dévaluation du statut de médecin, notamment sur le plan salaire.

Ces différents éléments ont évidemment influé sur les aspects pathologiques observés chez la femme qui travaille :

- Aspect somatique lié au type de travail : la station debout.

- Aspects psychologique et psychiatrique soit purs, soit secondaires ou intriqués à des aspects somatiques avec décompensations de types variables, mais essentiellement d'aspects névrotiques comme l'ont souligné S. et R. Planche.

- Aspects liés à la relation époux-femme, notamment lorsque la femme est seule à travailler (mari chômeur ou invalide) ou lorsque le statut professionnel de la femme est très différent de celui de l'homme et surtout s'il lui est supérieur.

- Aspects liés à la condition de la femme : la possibilité de grossesse rendant difficile l'accès à certains emplois, favorisant ainsi son maintien à un niveau inférieur

souvent mal accepté ; car si la femme travaille et a des congés de maternité, elle a, le plus souvent constamment, un premier travail : celui de mère et d'épouse avec toutes les implications que ces deux termes supposent : cuisinière, lingère etc... de la communauté familiale.

C'est ainsi que l'absentéisme de la femme validé souvent par un certificat médical, est en fait l'expression d'un problème du foyer : maladie d'un enfant, problème familial grave!

C'est dire que les aspects de la psychopathologie du travail chez la femme, vont tenir essentiellement :

- A sa personnalité
- A son intégration sociale
- Au contexte socio-économique et culturel

Une compréhension réelle de ce problème ne sera donc possible qu'el le replaçant ou qu'en l'envisageant à travers l'étude des autres aspects concernant le statut de la femme dans la société où elle vit.

C/ - Psychopathologie Sociale en Algérie :

Il est banal de dire que l'Algérie traverse une phase de mutations socio-économiques, politiques, religieuses et culturelles.

Marquée par l'Islam, l'Algérie s'arabise et réorganise ses modèles dans une approche socialiste.

Parallèlement, des phénomènes comme l'urbanisation, l'industrialisation, la scolarisation généralisée survenant chez une population traumatisée par une guerre de type non conventionnel, se sont produits trop vite, favorisant ainsi une acculturation massive plus liée à ces phénomènes et majorée par le rôle des mass-média qui jouent à plein, compte tenu de la courbe d'âge de la population Algérienne (1 Algérien sur 2 à moins de 15 ans).

Le statut de la femme déjà ambigu, est accentué dans son instabilité, par la difficulté de définir un code de la famille où les principes politiques, philosophiques et religieux, soient en harmonie et conformes aux éléments définis dans la constitution et les options du pays.

" Tous les citoyens des deux sexes, ont les mêmes droits et les mêmes devoirs "

ARTICLE XII -

Ce statut ambigu, est particulièrement mal accepté au niveau de l'adolescente, surtout lorsqu'elle a bénéficié d'un enseignement secondaire et à fortiori, d'un enseignement supérieur.

La montée en flèche du nombre de divorces, de suicides (KACHA) ; le nombre très élevé d'infanticides et d'enfants abandonnés (ABDELOUAHAB), l'augmentation constante du nombre de délinquants, exprime cette pathologie sociale.

DIVORCES :	1962	1963	1964	1965	1966
	9%-	10%-	12%-	14%-	20%-

ENFANTS TROUVES :	1968	1969	1970	1971
	1428	1093	1327	1620

ENFANTS ABANDONNES :	1965	1966	1967	1968	1969
	246	760	996	1116	1200
	-	1970	-	1971	-
		1658		1626	

INFANTICIDES :	1965	1966	1967	1968	1969
	105	131	91	75	113
	-	1970	-	1971	-
		81		68	

D/ - Psychopathologie de la Femme Algérienne au travail :

Les éléments cités plus haut, soulignent l'aspect très particulier concernant le statut de la femme, et, il est bien évident que celui de la femme au travail va être plus ambivalent et plus ambigu.

L'homme, employeur, époux, voisin, va souvent considérer la femme au travail en fonction de stéréotypes et de clichés faux, liés à un refus intime d'accepter la femme comme une éventuelle égale et rivale et parfois même supérieure hiérarchique.

Cet aspect lié à toute une tradition d'éducation, va parfois enfermer la femme dans un circuit faux qui va majorer les problèmes rencontrés habituellement par la femme au travail.

Cette contradiction va être majorée en fonction du niveau intellectuel et du poste de travail dans la hiérarchie sociale. Plus le poste est élevé, plus la femme a, évidemment, la possibilité de faire la part des choses et partant de là, d'être mieux armée pour affronter son travail et les problèmes qu'il engendre.

C'est dire que, finalement, dans les aspects de la psychopathologie du travail féminin en Algérie, il faut distinguer trois volets :

- Les décompensations liées à la personnalité de la femme.
- Les décompensations liées au type de travail.
- Les décompensations liées aux influences occultes traduisant l'emprise des contraintes dûes :

1) - A son statut de femme

2) - A son statut d'Algérienne avec la dimension socio-culturelle et religieuse traditionnelle en conflit direct

avec certains facteurs mutants de la société.

Les décompensations prendront des aspects multiples d'intensité et de gravité variables et s'inscrivant essentiellement sur quatre registres :

- Caractériel
- Névrotique
- Psychotique
- Psychosomatique

Le problème, devant de telles décompensations, sera d'en dégager la valeur et la signification par rapport aux autres aspects observés chez la femme qui ne travaille pas.

Le problème des décompensations a été particulièrement étudié en ce qui concerne les décompensations névrotiques par S. et R. Planche.

" Il est nettement au dessus de la moyenne générale du groupe : le quart des névrosés étudiés ont le BEPC ou le baccalauréat, un peu plus du dixième seulement dans le groupe global. Par contre, l'écart entre le nombre d'années d'étude du névrosé et celui des malades psychiques en général, est

relativement peu important. L'efficience intellectuelle du névrosé est donc supérieure."

" Si l'on compare le niveau culturel des malades observés à celui de leur père, on constate un décalage très net. Cette évolution culturelle de notre société n'est pas forcément un progrès lorsqu'elle est mal intégrée, ce qui est le cas de nos névrosés ou de nos psychotiques. Il y a des interférences affectives, des tensions psychologiques entre les générations, dont la mise à jour est très complexe. Ce décalage a été retrouvé par HAIM comme facteur suicidogène chez les adolescents ".

" Il n'est pas aussi élevé que le niveau culturel. Il serait même légèrement inférieur au groupe, témoin global pour les ouvriers qualifiés. Les femmes au foyer occupent une place assez importante ".

Si l'on compare le niveau professionnel de ces malades à celui de leur père, on ne note pas le décalage signalé pour le niveau culturel. Cette notion est importante sur le plan sociologique. L'inadaptation du malade à son travail, confirme son incapacité à s'intégrer dans la société, l'arme in-

tellectuelle de leur niveau scolaire ne leur servant à rien. Un tiers et même la moitié pour les névroses de caractère ont d'ailleurs, pour leur travail, une attitude négative ou indifférente. Seules, la moitié ont une attitude normale, notion qui serait à définir.

La classe socio-économique du milieu familial est globalement répartie dans sa majorité, en classe moyenne et moyenne inférieure.

"Cependant, le niveau est légèrement plus élevé que parmi la totalité des malades psychiques étudiés. Compte tenu du recrutement des établissements hospitaliers, comme nous l'avons déjà signalé, il ne peut être tiré de conclusion valable de ces chiffres ".

Ils concluent, reprenant FREUD :

" La société actuelle effarée, constate l'augmentation non pas de névroses, mais de leurs signes cliniques de décompensation ".

C'est cet aspect qui est régulièrement soulevé dans des demandes d'expertises et qui pose un problème délicat dans la mesure où la limite entre normal et pathologique, est une zone floue dans laquelle les facteurs pathologiques éventuels du travail viendront jouer le rôle d'une épine irritative (BOUCEBCI).

Ces décompensations sont particluièrement nettes et fréquentes dans les grandes villes, lieu où les possibilités de travail de la femme sont les plus aisées et les plus nombreuses. Mais, c'est également le lieu où il lui est le plus pathogène, compte tenu des problèmes liés :

- à la difficulté d'être une femme vécue comme émancipée par les autres.

- aux difficultés dûes à l'éloignement très fréquent entre lieu de travail et habitat.

- aux contradictions entre la nécessité d'aller travailler et celles d'assumer son rôle de mère de famille le plus souvent nombreuse.

- aux aléas propres à son type de travail

- aux différents stress d'une vie moderne et trépidante à laquelle elle n'a pas été préparée dans la plupart des cas.

Ces éléments vont être majorés par l'absence de structures sociales destinées :

- A aider la femme (crèches, maternelles)

- A aider à la réadaptation de la femme qui travaille et qui a décompensé.

- A la surveillance dérisoire dont bénéficie le travailleur et plus particulièrement qui travaille, faute d'une médecine de travail.

On pourrait alors se poser la question de savoir pourquoi la femme travaille. Indépendemment de toute une série de facteurs liés au fait qu'en réalité elle est sollicitée (création de postes de travail féminin, scolarisation qui ouvre de nouvelles portes).

- Deux éléments semblent majeurs :

- Apporter une aide au foyer

- S'assurer une stabilité et notamment prendre une garantie pour les vieux jours même lorsque cette idée n'est pas consciemment exprimée.

- L'attitude ambivalente de l'homme, le mépris longtemps affiché et traduit ne serait-ce que dans le divorce, joint aux problèmes de l'acculturation et du "conflit de générations" voire de culture, trouve souvent sa traduction dans cette pathologie de la femme algérienne au travail et notamment à ses aspects psychiatriques.

CHAPITRE II

ETUDE ANALYTIQUE DES DOSSIERS

" La notion des métiers féminins traditionnels est en train de disparaitre et le travail de la femme évolue de façon irréversible vers son équivalence avec le travail masculin !..
Au moment où le travail tend de plus en plus à remplacer le patrimoine. "

SIVADON & AMIEL

A/ - APPROCHE GLOBALE

- Les dossiers étudiés : Notre étude a porté sur les malades du Service de Psychiatrie du CHU d'ORAN.

Nous nous sommes intéressés à trois catégories de malades :

- LES HOSPITALISEES : Elles représentent de façon privilégiée, l'aboutissement de la décompensation et sa preuve. Une femme qui travaille et est hospitalisée, cela signifie que les troubles engendrés ont été suffisamment importants et vécus comme pathologiques pour entrainer l'hospitalisation dans un but thérapeutique. Il y a donc dans ce cas, une demande d'assistance de la part de la malade, de son entourage dans un contexte psychiatrique.

- LES CONSULTANTES : Leur démarche a une autre signification.

Elles représentent la maladie à un stade de début ou d'organisation, où l'aspect pathologique laisse encore une certaine possibilité d'adaptation. Il y a une recherche de

l'orientation thérapeutique par le biais d'un appel à l'aide. D'autres motivations peuvent entrer en jeu et ici, la demande d'assistance psychiatrique est différente : soit recherche d'une aide médicale assimilable à celle que l'on va rechercher dans une autre consultation, soit appel à l'aide pour dénoncer une situation familiale, professionnelle ou sociologique souvent assez bien reconnue et identifiée par la malade.

Elle a, par contre, l'avantage d'être plus aidée. La neutralité bienveillante du psychiatre, sa compréhension, son intuition des problèmes humains générateurs de conflits sont connus, bien que parfois, la demande soit ambigue, compte tenu de la signification encore très péjorative que comporte la démarche consistant à aller consulter en psychiatrie.

Cette idée fausse n'étant pas le propre du patient mais souvent le reflet de la conception encore trop archaique qu'à la société et même le médecin de la psychiatrie: " je ne suis pas fou, je ne suis pas folle ", est une phrase souvent retrouvée au début de l'entretien du malade avec son psychiatre.

- LES EXPERTISES : nous montrent une troisième catégorie de malades plus particulière et plus intéressante car en fait, il s'agit du conflit malade-employeur.

En effet, surtout chez nous, l'expertise est souvent demandée à titre "contestataire". L'organisme utilisateur met en doute les troubles dont souffre le malade et dont l'expression gênante dans le travail, se fait moins sentir ou n'est pas considérée comme invalidante.

- Cadre de l'Etude : Pour ces trois catégories de malades, nos recherches nous ont permis de "consulter" des dossiers remontant à des époques différentes correspondant à l'organisation progressive du Service de Psychiatrie et à son intégration dans la vie de la cité.

Rappelons que, la sectorisation fait, que normalement, ne sont hospitalisés dans le service, que les malades du secteur urbain d'Oran.

Cette règle ne joue pas, en ce qui concerne les expertises où nous avons les dossiers de malades venus parfois de très loin.

Les dossiers des hospitalisées ont été retrouvés jusqu'en 1962. Nous avons gardé tous les dossiers retrouvés à partir de 1963. C'est l'activité organisée la plus ancienne du service.

Les fiches de consultation ont été retrouvées jusqu'en 1968. C'est la deuxième activité structurée du service.

Les fiches d'expertises ont été retrouvées à partir de 1970 exprimant l'émergence du Service de Psychiatrie dans la vie socio-professionnelle d'Oran. Le Service de Psychiatrie a donc progressivement gagné droit de cité. En même temps que ses structures étaient profondément remaniées avec l'élimination progressive de tout ce qui en faisait un service d'aliénés pour devenir progressivement au sein du CHU, un service comme les autres et notamment un service très ouvert. L'ouverture récente d'un service de jour, est la meilleure preuve de cette évolution centrée et orientée vers un but.

- Réinsérer le plus rapidement possible le malade dans la société et notamment dans une activité professionnelle.

Le service de Psychiatrie d'Oran pour une population de 680.000 habitants, comporte officiellement pour le secteur urbain d'Oran : 130 Lits.

- 1/3 des lits est pour les femmes, soit 45 lits.
- 2/3 des lits est pour les hommes, soit 85 lits.

mais, étant donné l'importance de la demande, il "tourne" avec 170 places en moyenne avec toujours 1/3 pour les femmes, 2/3 pour les hommes.

Il a comporté un à deux psychiatres qui ont travaillé avec un ou deux internes, le personnel para-médical passe de 150 à 53 de 1962 à 1972.

B/ - ANALYSE DES OBSERVATIONS :

- Les Hospitalisées:

Nous avons recueilli les chiffres suivants :

- EN 1970 : 662 entrants dont 266 femmes, soit 40,1%
  sur ces 266 femmes, 19 travaillent, soit 7,1%.

EN 1971 : 703 entrants dont 256 femmes, soit 36,4%

sur ces 256 femmes, 22 travaillent, soit 8,6%.

EN 1972 : 813 entrants dont 387 femmes, soit 47,5%

sur ces 387 femmes, 26 travaillent, soit 6,7%.

1er TRIMESTRE 1973 (indicatif)

Il y a eu 313 entrants dont 119 femmes, soit 38,01%

	1 9 7 0	1 9 7 1	1 9 7 2
NOMBRE TOTAL D'ENTRANTS	662	703	813
NOMBRE DE FEMMES SOIT %	266 40,1%	256 36,4%	387 47,5%
TRAVAILLEUSES SOIT %	1 9 7,1%	2 2 8,6%	2 6 6,7%

La variation du nombre d'hospitalisées et de travailleuses présente ainsi des variations significatives à certaines périodes de l'année.

On a constaté l'existence de pics d'hospitalisations pour l'été avec, au contraire, chute pour la période

du Ramadhan, chute retrouvée dans la plupart des statistiques.

Elle témoigne d'un fait : l'imprégnation religieuse en période significative d'un milieu social. Il y a une influence nette des données socio-culturelles sur l'hospitalisation. La réorganisation sociale qui s'effectue pendant ce mois est un facteur très positif : maladie mentale. Ne seront hospitalisées que les malades très graves quitte à laisser évoluer une affection dont on accusera subitement le caractère intenable dès les fin du ramadhan.

Cet élément amène à souligner que, même et surtout lorsqu'elle travaille, être hospitalisée représente pour la femme un fait très grave qui explique qu'elle ne s'y résout qu'en dernière extrémité. D'autant qu'en plus de ces éléments, être hospitalisée en Psychiatrie, représente une étiquette très souvent péjorative qui pourra toutefois à l'occasion, servir d'excuse.

Si le pourcentage des malades hospitalisées et notamment de travailleuses reste apparemment dans les limites comparables, on note néanmoins, progression du chiffre, progression liée à l'augmentation de la demande, cette augmen-

tation étant elle-même dûe à plusieurs facteurs :

- Facteurs démographiques
- Amélioration du niveau socio-économique
- Amélioration des soins notamment liés à l'essor de la pharmacopée.
- Augmentation du nombre de femmes qui travaillent.

Une meilleur approche du problème ne peut être toutefois réalisée que par des statistiques correctes et nous devons rappeler à ce sujet que le dernier recensement de la population date de 1966 et est largement dépassé.

L'étude des dossiers nous a permis de réunir un certain nombre de renseignements concernant les malades :

- Age (à la première année d'hospitalisation)
- Lieu de naissance
- Domicile (quartier aisé ou quartier populeux)
- Situation matrimoniale
- Profession
- Année d'hospitalisation

- Nombre d'hospitalisations
- Durée des hospitalisations
- Diagnostic retenu
- traitement institué
- Nombre de jours de repos qui ont été donnés à titre de convalescence.

- En observations des données fragmentaires telles que l'octroi éventuel d'une IPP, d'une évolution vers un état psychiatrique, l'indication des situations de conflits ou de problèmes.

Il n'en reste pas moins, qu'un bon nombre de données que nous aurions souhaité exploiter nous manquent.

Nous avons recueilli 95 observations de malades, femmes hospitalisées et qui travaillent ou qui ont travaillé.

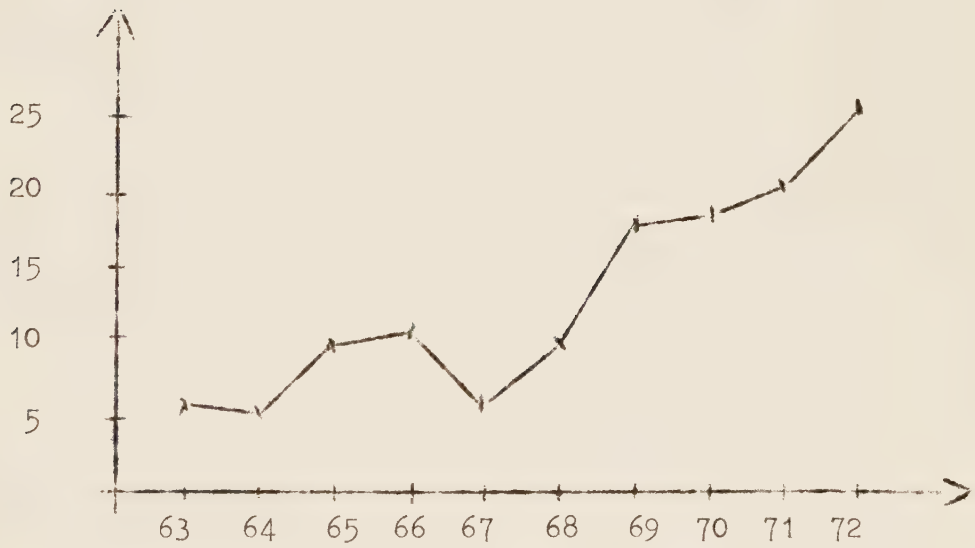
Ces observations sont présentées sous forme de tableaux commentés

1°/ - REPARTITION PAR ANNEE :

ANNEE	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
NOMBRE	7	5	10	11	7	10	18	19	22	26

Partant d'un chiffre très bas, nous constatons une augmentation progressive mais constante de malades hospitalisées quadruplant en moins de dix ans.

La courbe d'hospitalisation s'établit comme suit :



Cette progression ne prendrait une réelle signification que portée en pourcentage du nombre de femmes qui travaillent.

2°/ - REPARTITION PAR TRANCHE D'AGE :

TRANCHE D'AGE	- 19ans	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	60 à 69
NOMBRE	15	50	18	4	4	4
POURCENTAGE	15,7%	52,6%	19%	4,2%	4,2%	4,2%

L'âge minimum des malades a été de 15 ans pour une jeune serveuse ; l'âge maximum fût de 60 ans pour une femme de ménage.

Le maximum des malades se situe dans la tranche d'âge allant de 20 à 29 ans. Elle représente 50 malades, soit 53% des malades.

La deuxième tranche en importance est celle de 30 à 39 ans qui représente 19% soit 18 malades.

Nous constatons que le nombre de malades qui travaillent et qui sont hospitalisées, diminue de manière im-

portante à partir de 40 ans, ce qui pourrait faire penser que, -les problèmes de la quarantaine et ensuite ceux de la ménopause, mènent peu à la décompensation, du moins actuellement.

En fait, quatre éléments doivent être retenus pour corriger et interpréter ces chiffres .

A/ - La pyramide des âges en Algérie est décalée vers la gauche de façon très importante. La majorité de la population algérienne est jeune (un algérien sur deux a moins de 15 ans).

B/ - L'accession de la femme au monde du travail est récente : phénomène essentiellement urbain, il touche avant tout des femmes plus ou moins ouvertes au monde extérieur et généralement donc, des femmes des jeunes générations.

C/ - La plupart des femmes qui travaillent se situent dans la tranche d'âge de 20 à 30 ans.

D/ - Il faut tenir compte de certaines données spécifiques du contexte algérien notamment le nombre de veuves (565.800 pour l'Algérien entière) qui, lorsqu'elles sont veu-

ves de chahid, ont leur pension et pour lesquelles il serait intéressant de savoir les chiffres exacts de celles qui travaillent.

BENATIA signale qu'en ville, les veuves ont plutôt tendance à accepter un emploi, tandis qu'en milieu rural, elles préfèrent bénéficier de la pension distribuée par le Ministère des Anciens Moudjahidines (l'absence de possibilités de travail et la pression sociale beaucoup plus forte étant deux facteurs qui jouent pleinement chez cette dernière).

La majorité, c'est-à-dire plus de la moitié des troubles, se retrouvent entre 20 et 20 ans. Nous n'avons pû préciser de façon générale, à partir de quel moment se produisit la décompensation et notamment après combien d'années de travail.

3°/ - <u>REPARTITION EN FONCTION DE LA SITUATION MATRIMONIALE</u> :

SITUATION	CELIBATAIRES	MARIEES	DIVORCEES	VEUVES
NOMBRE	48	24	13	10

On est frappé par l'importance du nombre de célibataires : 51%.

Or, c'est chez les moins de 30 ans que l'on a le plus de malades et surtout chez les moins de 25 ans. Compte tenu du statut socio-culturel de la femme algérienne, il faut bien dire que, habituellement, la femme se marie jeune, voire très jeune et que, ne pas être mariée à 25 ans, représente une situation dont il convient de rechercher la signification.

Si l'on met à part les étudiantes, pour la plupart des autres femmes, ne pas être mariée à 25 ans, est un indice de mauvaise intégration socio-familiale liée soit à l'environnement, soit à la personnalité. On peut s'interroger sur la signification qu'avait le travail pour ces jeunes malades et notamment s'il n'a pas été simplement pendant un certain temps, un essai de se réaliser. La décompensation étant alors inévitable dans la mesure où le statut sociologique était déjà faux ou source de problèmes.

Si le travail peut représenter la possibilité de s'épanouir pleinement, il peut si les conditions qui amènent la femme à travailler sont fausses, n'être qu'un palliatif. Il est bien certain qu'à côté de cela, nous connaissons bon nombre de travailleuses pour lesquelles au contraire, le travail représente un investissement, un enrichissement et une ouverture dont l'apport équilibre la personnalité.

Si le travail peut être pathogène, il peut également être la santé et notamment la santé mentale dans la mesure où il sera un élément de la désaliénation de la femme (BOUCEBCI).

Les femmes mariées représentent le quart des malades hospitalisées. Le fait que la femme mariée doit assurer un double travail est, comme nous l'avons dit, compliqué par la façon dont le travail sera accepté par le couple, par le mari, par la famille et par l'environnement.

L'exploitation des dossiers ne nous a pas permis de préciser le rôle éventuel des différents facteurs.

Le rôle majeur du frein social nous est apparu très nettement dans plusieurs observations : le mari ayant accepté au départ que la femme travaille, remettant ensuite en cause cet accord en raison des contraintes sociales qui lui sont apparues un jour intolérables.

Or, il en est du travail comme d'autres phénomènes sociaux tels que la scolarisation ; il bouleverse des structures, crée de nouvelles ouvertures et, par là-même, établi une situation nouvelle le plus souvent irréversible.

Faute de quitter son travail, la femme se réfugie dans la maladie et compliquant ainsi un schéma déjà très complexe.

Les femmes divorcées avec 13 malades, soit 14,6% sont les moins nombreuses avec les femmes veuves qui ont 10 malades, soit 11%.

Ces chiffres peuvent paraitre étonnants surtout lorsqu'on connait la vague de divorces qui s'est abattue sur l'Algérie depuis 1962, dûe surtout à la période d'après-guerre, à l'urbanisation massive, aux mauvaises conditions de vie, à

une acculturation trop rapide et un développement socio-culturel mal intégré.

Mais, pourtant, les femmes divorcées si elles se trouvent en face de difficultés sociales plus grandes (nécessité de subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs enfants, sont plus libres. Face à l'opinion publique, elles ont été déjà "destituées" et le travail est accepté avec beaucoup moins de problèmes. Bien au contraire, il sert parfois à les réevaluer dans leur milieu. Il est donc beaucoup moins traumatisant pour elles. Il répond de plus, à un besoin vital.

Les veuves représentent 10 à 11% de la population féminine algérienne. Le pourcentage des veuves malades est de 10%. Celui-ci ne peut être retenu vu le cadre restreint de notre étude.

Ces femmes sont ainsi beaucoup plus à l'aise dans le travail et sur le plan social. Il leur est, par ailleurs une source de revenus qui les renforce dans leur statut.

4°/ - REPARTITION EN FONCTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS :

HOSPITALISATIONS	1	2	3	5	9
NOMBRE	71	8	7	3	1

Le tableau montre que 75%, soit 3/4 des malades, en sont à leur première hospitalisation. Cet élément tient à la jeunesse de la population, au fait que bon nombre de ces femmes travaillent finalement depuis peu de temps,moins de cinq ans en général.

Malgré leur caractère parfois spectaculaire, les troubles sont souvent peu graves sur le plan de leur signification évolutive montrant bien l'aspect "réactionnel" ou de "névrose actuelle".

C'est ainsi que l'on peut comprendre le peu d'évolutivité des troubles de nos malades.

Il y a eu huit malades qui sont revenues une fois, sept malades qui sont revenues trois fois, trois pour

cinq fois. Il y en a eu une pour neuf fois. Il s'agit d'une psychose puerpuérale qui garde un fond psychotique certain mais peu invalidant puisqu'elle travaille toujours comme employée des Contributions Diverses. Elle évolue sur un mode de bouffées délirantes qui reviennent tous les ans.

Le nombre total d'hospitalisations est de 132 pour 95 malades, soit 1,4 fois par malade.

5°/ - REPARTITION EN FONCTION DU NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATIONS :

Nous avons réparti les durées d'hospitalisations par tranche :

- De 1 à 9 Jours = très courte durée
- De 10 à 19 Jours = courte durée
- De 20 à 29 Jours = moyenne durée
- De 30 à 59 Jours = assez longue durée
- 60 Jours = longue durée

DUREE	TRES COURTE	COURTE	MOYENNE	ASSEZ LONGUE	LONGUE
NOMBRE	40	27	20	22	23

La durée minimale a été de un jour, il s'agissait dans ces cas, de "crises hystériques" : perte de connaissance, crise expresso-émotive rapidement résolutives.

La durée maximale a été celle d'une jeune vendeuse de MECHERIA qui a présenté à deux reprises, un état dépressif psychotique rebelle qui a évolué vers une rapide détérioration.

La malade a cessé toute activité après la première hospitalisation.

Les hospitalisations de très courte durée réalisent 30% des hospitalisations, soit 40 fois.

Les autres durées d'hospitalisations réalisent :

- 20% pour les hospitalisations de courte durée
- 15% pour les hospitalisations de moyenne durée
- 17% pour les hospitalisations d'assez longue durée
- 17% pour les hospitalisations de longue durée

Ces chiffres varient entre 15 et 17% pour les hospitalisations de moyenne et longue durée, soit 49%.

Les hospitalisations de courte durée et de très courte durée, réalisent 51%, soit un peu plus de la moitié des cas et l'on peut attribuer cette importance des hospitalisations de moyenne et longue durée à plusieurs éléments :

- L'admission en Psychiatrie est un fait social péjoratif chez nous, la peur profonde de porter l'étiquette de "fou" vont mener la malade et sa famille à reculer le plus possible l'hospitalisation, à tenter un traitement ambulatoire pour enfin amener une malade chez laquelle la décompensation est bien organisée.

- L'importance des troubles de déséquilibre affectif, d'immaturité qui, ajoutés à une difficulté de la verbalisation ainsi qu'à leur mauvaise interprétation par la malade, compli-

que la recherche étiologique et le traitement d'où prolongation de l'hospitalisation et ce, indépendemment de l'intrication fréquente des croyances et pratiques traditionnelles, magiques, religieuses et populaires.

6°/ - REPARTITION EN FONCTION DES LIEUX DE NAISSANCE :

Jusqu'en 1962, la population algérienne était peu mouvante, se déplaçait peu des campagnes vers les villes. Par là, l'étude des lieux de naissance peut, peut-être nous montrer si la population rurale émigrée vers les villes, a beaucoup plus été marquée par le phénomène d'urbanisation, puisque nos malades ont passé leur jeunesse pratiquement sur place dans les campagnes ou les petites villes.

LIEUX DE NAISSANCE	PREFECTURE	SOUS PREFECTURE	CHEF - LIEU ARRONDISSEM.	HORS D'ALGERIE
NOMBRE	33	36	14	12

Nous avons 35% des malades qui sont nés dans une grande ville (préfecture).

37,8% des malades viennent de sous-préfectures. 14,7% viennent de chefs-lieux d'arrondissements ou de petites communes et 12,6% sont nées à l'étranger (Maroc - France et Allemagne).

Donc, près de nos 3/4 de nos malades, sont nées dans des grandes villes et seulement 1/4 dans de petites villes de type campagnard ou de village... Est-ce-à dire que la transplantation et l'urbanisation provoquent moins de troubles mentaux ?

En réalité, il semble que cette donnée tienne pour une grande part au fait du statut particulier d'Oran. Notamment sur le plan historique, Oran est une ville récente et qui a toujours été ouverte aux courants . De plus, les problèmes d'après guerre, particulièrement le logement, s'y sont posés avec beaucoup moins d'acuité.

Il aurait été utile de connaitre les pourcentages de troubles mentaux chez les femmes qui ne travaillent pas et qui ont subi le phénomène d'exode rural. Il faut, de toutes manières, retenir que, dans le cas qui nous intéresse, c'est-à-dire les femmes qui travaillent, la camapgne offre moins de chan-

ces d'alphabétisation de même que la structure sociale rurale enferme hermétiquement la jeune fille et la femme, les empêchent ainsi de travailler. En un mot, le pourcentage des femmes qui travaillent est très faible à la campagne.

Par contre, le pourcentage de femmes malades nées à l'étranger (Maghreb - Europe), est élevé (13,6%). Il s'explique par le fait

D'autre part, ces femmes font partie de familles "éprouvées" ne serait-ce que par deux transplantations : la première vers l'extérieur qui a été source de désadaptation pour la famille, de problèmes, de conflits, d'orientations et de langues, la seconde qui est le retour vers l'Algérie d'un foyer qui a vécu plusieurs années sur un mode différent, d'une enfant qui a adopté le plus souvent, une personnalité proche de celle du pays où elle est née et qui revient et qui trouve une autre vie, une autre mentalité, d'autres habitudes. Elle va trouver un monde nouveau de tabous et de restrictions qui vont se comporter comme des éléments d'agression jouant un rôle de stress majeur.

7°/ - REPARTITION EN FONCTION DES AIRES GEOGRAPHIQUES :

DOMICILE	ORAN	TLEMCEN	BECHAR	SAIDA	EL ASNAM	TENES	ZEMMORA
NOMBRE	87	2	1	1	1	1	1

92% des malades habitent Oran. Cela s'explique par la sectorisation

En effet, le pavillon de Psychothérapie du CHU d'Oran, n'accueille que les malades de la zone urbaine d'Oran. Le reste de l'ancien département d'Oran, est dirigé sur l'hopital Psychiatrique de Sidi Chami.

Les malades hors secteur, viennent se faire soigner à Oran soit pour rester incognito en raison des tabous psychiatriques, soit lors d'un séjour à Oran au cours d'une décompensation aigue.

8°/ - REPARTITION EN FONCTION DES CATEGORIES PROFESSIONNELLES :

NOMBRE	ORGANISME	CATEGORIE	NOMBRE
17	ENSEIGNEMENT : 17,8%.	INSTITUTRICES	5
		INSTRUCTRICES	11
		DIRECTRICE	1
26	SANTE PUBLIQUE HOPITAL : 27,3%.	SAGES-FEMMES	3
		INFIRMIERES DONT 2 D' H.P	8
		LABORANTINE	1
		AIDES-SOIGNANTE	5
		SERVANTES DE SALLES	8
		VEILLEUSES DE NUIT	1
5	P.T.T : 5,2%.	STANDARDISTES	5
19	PERSONNELS DE BUREAUX : 20%.	REDACTRICE	1
		SECRETAIRES	6
		EMPLOYEES BUREAU	10
		DACTYLOS	2
22	PERSONNELS DE SCE 23,1%.	OUVRIERES D'USINE TEXTILE	2
		VENDEUSE	1
		FEMMES DE MENAGE	13
		PLACEUSE	1
		SERVEUSES DE BAR	2
		CONCIERGES	3

8°/ - REPARTITION EN FONCTION DES CATEGORIES PROFESSIONNELLES (SUITE) :

NOMBRE	ORGANISME	CATEGORIE	NOMBRE
6	PROFESSIONS LIBERALES : 6,3%.	COUTURIERES	6

L'on peut d'ores et déjà, s'interroger sur l'importance numérique des personnels hospitaliers décompensant sur un mode psychiatrique. Plusieurs explications sont possibles qui probablement s'intriquent.

a) - Le personnel d'hopital est mieux informé de l'existence et des soins dispensés en Psychiatrie. Il est plus dégagé du préjugé défavorable lié à la fréquentation de la Psychiatrie du fait de sa proximité et de son côtoiement quotidien. Il y a donc une "banalisation" du service qui devient un service médical au même titre qu'un autre.

b) - Sur les 26 malades, douze ont présenté des troubles du type hystérie de conversion, pour la plupart réactionnels. Sept,des tentatives de suicide plus ou moins spec-

[illegible] mais toujours réactionnelles, cinq, des états dépressifs soit réactionnels, soit de surmenage, un des troubles caractériels, un syndrome dépressif atypique et assez rebelle. Donc, pour la plupart, ce sont des troubles réactionnels à expression très théâtrale, qui ont mené les malades au Service.

Il est probable que ces mêmes troubles survenus ailleurs, n'auraient pas abouti au Service et il faut incriminer ici, la facilité de la mise en contact avec le service, les formalités de la consultation immédiate sont notablement diminuées, la malade souvent accompagnée de membres du personnel, arrive toujours à obtenir d'être vue par un médecin du service même en dehors des consultations.

L'aspect assez théâtral vécu comme dramatique faisant d'ailleurs l'entretien des troubles jusqu'à la consultation et la prise en charge, et, c'est dans ce cas que la [illegible] en Psychiatrie sera utilisée pour obtenir soit des avantages, soit un [illegible]

c) - La fréquence des troubles peut être aussi [illegible] à l'ambiance hospitalière [illegible]

La fréquentation quotidienne de gens qui souffrent, de malades qui se plaignent constamment, le côtoiement quotidien de la douleur et de la mort, la vision des familles éplorées et inquiètes, ces éléments favorisant probablement la montée de l'angoisse, la perpétuation du sentiment d'insécurité devant la maladie et la vie. Dans le personnel para-médical, on comprend fort bien que son travail quotidien soit un facteur d'entretien de cette"angoisse cosmique" métaphysique, d'autant que pour bon nombre, leur statut n'a pas été réglé, ce qui donne ainsi à leur insécurité, une assise justifiée.

d) - L'hétérogénéité du recrutement hospitalier :
En effet, le niveau culturel et intellectuel est très variable : de la sage-femme à la servante de salle qui est, en général, illétrée. Les âges sont très variables, les infirmières sont en principe jeunes et les servantes de salles assez âgées. Les recrutements de personnel ont touché de manière anarchique, beaucoup de cas sociaux : anciennes maquisardes, veuves de guerre, divorcées, ce qui introduit une catégorie de "femmes à problèmes" qui réagissent sur le reste du personnel féminin. Celui-ci devient une"caisse de résonnance" qui décompense paradoxalement alors que les autres tiennent " mieux le coup ".

2) - LES EMPLOYEES DES P.T.T : viennent nous confirmer la maintenant classique "névrose des téléphonistes" puisque les cinq malades sont des standardistes.

3° - L'EDUCATION NATIONALE : Avec 18% des cas, nous montre des professions classiquement ouvertes sans problèmes aux femmes

La contrainte sociale vis-à-vis des femmes qui travaillent, est plus souple pour les professions d'enseignement qui bénéficient d'un préjugé favorable. Mais l'importance des cas doit être soulignée, il faut incriminer ici, les conditions de travail et les conflits familiaux, car le travail est tôt ou tard rejeté par la famille ou le mari et ces derniers surviennent surtout chez une enseignante qui épouse un non-enseignant pour lequel la femme est vécue non plus comme une enseignante, mais comme une femme au travail avec un rejet par la famille

L'emploi devient source de tensions au foyer; les parents ou le mari, estiment que sa situation sociale est suffisamment stabilisée pour ne plus avoir besoin du travail de la femme.

Cette nouvelle attitude est alors tenue pour injuste et restrictive et devient facteur de décompensations.L'arrêt du travail est parfois exigé comme condition du mariage qui entraine le jeune couple dans une situation fausse, dans la mesure où tôt ou tard, à l'occasion d'un conflit, la femme contestera ce qu'on lui a imposé.

4) LES PERSONNELS DE BUREAUX : On y note une certaine homogénéité tant dans les niveaux que dans le recrutement. Ils représentent 20% de nos cas. Il intéresse probablement un beaucoup plus grand nombre de femmes, tant dans le secteur administratif que privé, ce qui explique souvent notre fort pourcentage. Il s'agit d'une catégorie de personnalités plus frustes, plus immaturées et par là même, plus fragiles et plus instables: jeunes filles ou jeunes femmes dont le niveau n'est souvent pas très élevé et qui sont jetées dans un univers soit très structuré comme les administrations, soit très flou comme les entreprises privées. Elles y côtoient un monde de personnages très "campés" (Directeurs, Chefs de Service etc..). La mixité et la promiscuité y sont très marquées accentuant les problèmes et les difficultés qu'elles auront à surmonter dans la mesure où il s'agit encore trop souvent plus d'un côtoiement de personnes d'un sexe différent que d'une véritable mixité vécue et intégrée comme telle.

La faille n'en sera que plus profonde à côté d'un milieu familial souvent plus trict ou plus terne. Cette ambivalance l'entraine bien souvent dans des situations conflictuelles, sources de décompensations.

5) - LES PERSONNELS DE SERVICE : Apparemment plus hétérogènes dans l'éventail des professions, ils offrent une unité : un niveau d'instruction bas, analphabètes ou femmes sachant à peine lire ou écrire. Elles regroupent ces femmes qui, n'étant pas préparées au travail, doivent l'assumer pour des raisons sociales et bien souvent alimentaires. Ce sont des femmes pour la plupart divorcées ou veuves qui ont une famille ou des enfants à charge.

6) - LES PROFESSIONS LIBERALES : Elles se résument aux couturières. Travaillant pour leur propre compte, elles ne sont pas sous une tutelle quelconque. Elles ne sont pas astreintes à une discipline qu'elles n'aient pas librement consentie, et ce, bien qu'elles se rapprochent en tout point, des personnels de service : niveau scolaire bas, problèmes sociaux.

Il nous faut noter ici cet éventail professionnel pour nous interroger sur l'absence de certaines catégories pro-

fessionnelles, en particulier les femmes exerçant des professions libérales de niveau moyen ou supérieur. Cela tient à ce que certains secteurs professionnels sont encore fermés aux femmes, que d'autres sont des secteurs protégés.

9°/ - REPARTITION EN FONCTION DES TROUBLES :

Nous nous sommes heurtés à deux ordres de problèmes :

A) - Situation générale des dossiers : Nous avons parfois retrouvé des dossiers avec une série d'indications symptomatologiques et divers renseignements de dynamique, - de situation ou de relation, mais ne comportant pas un diagnostic précis. Ceci a été un gros handicap bien que l'on sache combien le diagnostic psychiatrique est mouvant et évolutif.

Il faut suivre longtemps un malade avant d'en saisir les aspects pathologiques profonds. L'absence d'indications sur la personnalité qui n'est pas signalée de façon nette sur le dossier, l'absence de tests psychologiques d'appoint (faute de psychologues jusqu'en 1970).

B) - Nosographie Psychiatrique: qui se prête difficilement à la classification d'états nuancés de la pathologie psychiatrique. Or, plus qu'ailleurs, le signe n'est rien en psychiatrie. C'est l'organisation dynamique de la personnalité qu'il convient de cerner.

Les travaux modernes et notamment anglo-saxons, ont nettement mis en évidence que la dynamique évolutive de la personnalité agit sur les " sub-structures " (relations prégénitales, mode oral, anal etc...) se traduisant par des "conduites pathologiques" ou"réactions". Ce sont elles en fait qui constituent les décompensations de la personnalité. Elles mettent bien en évidence le phénomène réactionnel des troubles qui deviennent donc des effets particuliers de stress précis sur un type de personnalité donnée. On comprend donc la multiplicité des tableaux constitués et la difficulté de les définir par une appella. nosographique précise.

Une classification psychiatrique trop rigide se révèle peu commode à l'usage, notamment dans l'étude des décompensations, surtout lorsque l'aspect "réactionnel" semble s'inscrire au premier plan.

A côté de ces tableaux, il reste néanmoins des cas plus typés et plus faciles à étiqueter.

Nous n'avons pas voulu être rigides dans leur classification; nous avons ainsi seulement tenté de les rapprocher en fonction de leur expression clinique.

FORME CLINIQUE	NOMBRE	
Crises Expresso-émotives et Crises Névropatiques	19	ETATS NEVROTIQUES (51)
Réactions dépressives	15	
Réactions suicidères	16	
Toxicomanies	1	
Bouffées délirantes et état d'agitation aigue	12	ETATS PSYCHOTIQUES (33)
Schizophrénies	9	
Mélancolies	4	
Délires chroniques	5	
Hypochondries	1	
Psychose Puerpuérale	1	

Réactions caractérielles (Personna - lités Psychopathiques et Epilepti	9	
Etats Border Lines	2	

La grande majorité des décompensations comme le montre le tableau ci-dessus, ont été des décompensations névrotiques, soit 53,6%. Parmi elles, les réactions suicidaires sont relativement nombreuses avec 17%. Il semble s'agir d'un mode de décompensation fréquent.

Le mode réactionnel à type d'agitation motrice et psychique des personnalités névrotiques de type hystérique, vient en tête avec 20%, soit 1/5 des cas, ce qui s'explique par le niveau de maturation affective ainsi que le niveau sc de nos malades et s'intègre bien dans ces aspects réactionnels étudiés par S. & R. Planche.

Les réactions dépressives sont les moins nombreuses. Elles groupent toute la gamme des dépressions qu'elles soient aigues ou chroniques, quelle que soit leur intensité. Il s'agit là d'un mode de décompensation plus élaboré, participant d'une personnalité plus structurée où

les mécanismes de défense sont plus robustes. Cela témoigne d'une meilleure défense en face du conflit ; mais, la persistance de l'état conflictuel mène à une tension qui s'ex- par un syndrome dépressif qui, selon les cas, peut être aigu ou chronique et plus ou moins intense.

Nous n'avons relevé qu'une seule toxicomanie médicamenteuse : Il s'agissait d'une jeune femme de 21 ans, sage-femme, mère célibataire qui a eu un enfant mort-né. Elle présentait une personnalité névrotique de type hystérique.

Les états psychotiques représentent 35%. Cette donnée est importante dans la mesure où elle porte sur les états qui peuvent ou vont évoluer vers une détérioration psychique telle qu'une déchéance sociale s'en suivra souvent.

Si l'on en exclut les réactions aigues des bouffées délirantes et états d'agitations qui sont souvent résolutifs et représentent 12%, les affections psychotiques invalidants à plus ou moins long terme, restent peu importantes pour une population de servic de Psychiatrie lourde.

On note seulement 9 Schizophrénies pour une population active, jeune et nombreuse puisqu'il s'agit d'âge privilégié dans la manifestation de cette maladie, 4 Mélancolies et 5 délires chroniques dont un du type sensitif de KRESTCHMER, représentent les autres aspects des autres décom pensations psychotiques.

On ne note qu'une seule Psychose Puerpuérale vraie. Cela tient peut-être à ce que le niveau socio-économique de la femme qui travaille est finalement meilleur que celui de bon nombre d'algériennes.

1/10 des cas exprime leurs décompensations sur un mode de troubles caractériels ou de réactions à type d'agressivité pathologique.

Enfin, deux états Border Lines expriment surtout deux diagnostics en suspend, deux mises en observations à long terme tant il est vrai que l'évolution seule va éclairer le pronostic et permettre de mieux cerner le diagnostic.

10°/ - REPARTITION EN FONCTION DU TRAITEMENT :

Il est bien évident que le premier et principal traitement, est la prise en charge du malade. Sur le plan médicamenteux, les thérapeutiques ont été variées faisant appel à toute la gamme des Psychotropes en fonction de la clinique.

Le plus souvent (42% des cas) un traitement sédatif à visée anxiolytique a été institué. Les médications utilisées sont le Levomepromazine et le Diazepam, ces deux médicaments représentant les modèles dans leur type pour un éventail pharmaceutique restreint.

Dans 39% des cas, ce fût un traitement neuroleptique majeur comprenant les anti-hallucinatoires et antipsychotiques. Les plus utilisés furent le Thioridazine, Haloperidol, Thiopropérazine et Fluphenazine.Il est à signaler que 5% des cas furent traités au Oenanthate de Fluphenazine.

Dans 10% des cas, fût instauré un traitement antidépresseur : Anafranil et Tofranil.

Dans trois cas, le recours à l'électro choc fut nécessaire tout en restant très limité :

- Un malade a eu un choc
- Deux malades ont eu trois chocs

Dans 3% des cas, les médications anti-épileptiques furent utilisées et,

Pour 4% des malades, l'isolement simple suffit pour améliorer les troubles alors qu'une psychothérapie de soutien était instaurée.

Chez ces malades, une rapide " remise en circulation " était pratiquée pour éviter " l'hospitalite " et permettre une meilleure prise en charge des troubles par le malade ainsi qu'une réadaptation sociale plus facile.

11°/ - REPARTITION EN FONCTION DE LA DUREE DE CONVALESCENCE :

DUREE	6 à 10 Jours	15à30 Jours	60à75 Jours	6 à 12 Mois
NOMBRE	2	5	2	5

Si l'on compte qu'il y a eu 132 Hospitalisations pour 14 congés de convalescence, nous voyons que 10,8% des malades ont eu une convalescence. C'est un pource age faible pour un service de Psychiatrie. Notons tout d'abord que ce chiffre est très certainement inférieur à la réalité car cette indication sur nos dossiers était notée de façon irrégulière.

Bien souvent, nous avons vu le médecin établir la sortie et le certificat médical de congé de maladie, sans en porter la notation sur le dossier, tant il est vrai que cet aspect de la maladie quelle que soit son expression médicale, était négligée. Néanmoins, il reste probablement faible et celà est dû aussi bien au nombre élevé des affections bénignes que nous avons relevées, qu'à la nécessité de réinsertion rapide de la malade dans le milieu où elle évolue, tenant lieu d'ergothérapie et de rééducation. Par ailleurs, le mode réactionnel et passager, a souvent permis une reprise de travail dès la sortie.

12°/ - QUELQUES OBSERVATIONS PARTICULIERES :

Recueillies de manière fragmentaire, elles tentent de lier les facteurs nécessaires au déclenchement des troubles.

Il s'agit des notions de conflits ou de situations traumatisantes ai i que des conséquences particulières de ces troubles.

Dans 10 cas, il a été établi que l'origine des troubles est un c flit avec les parents :

- Soit d'opposition systématique aux parents avec "conflit de générations",

- Soit problèmes nés du refus des parents d'accepter le travail de leur fille. Ceci vient encore témoigner du frein qu'est la famille et la structure sociale au travail féminin.

Dans 8 cas, les troubles étaient dûs à des problèmes sociaux. Il s'agissait de femmes divorcées ou veuves ayant des enfants à charge, n'arrivant pas à résoudre les problèmes qui se présentent quotidiennement à elles.

Cette situation de femme peu ou pas préparée à mener une vie indépendante par son travail et surtout lorsque son mari la rejette ou la quitte et qu'elle n'a pas de

famille ou que sa famille la rejette après le divorce, fait qu'elle se retrouve seule dans un monde fait pour le travail un travail pour lequel il faut des compétences, un dégré suffisant d'alphabétisation et la volonté de lutter contre l'agression constante de la vie moderne. C'est dire qu'elle se trouve -en position privilégiée pour d'aliénée socio-culturelle, devenir une aliénée tout court.

Dans cinq cas, les problèmes conjugaux ont été le facteur de décompensation.Un mari alcoolique, deux maris sans travail vivant "aux crochets" de leurs femmes, et deux maris ne voulant plus les laisser travailler.

Cinq malades ont présenté leurs troubles à l'occasion de déceptions sentimentales. Il s'agit de jeunes filles ou de jeunes femmes qui présentent une personnalité de type hystérique.

Dans cinq cas, il y a eu des conflits dans le travail. Ici, la valeur pathogène du travail prend toute son importance, tout au moins en tant que facteur déclenchant, car la personnalité de la malade favorise l'existence des troubles et il s'agit alors d'une maladaptation au travail.

Dans deux cas, il y a eu conflit avec une collègue de travail et la personnalité de la travailleuse était de type hystérique.

Dans trois cas, il fût question de difficultés avec le Chef de Service et l'existence de mutations qui gênaient la malade dans sa vie (mutations répétées ou éloignées et nécessitant la séparation provisoire du couple, le mari n'ayant pû avoir de mutation).

Ces derniers cas soulignent la nécessité de mutations étudiées et de l'harmonisation des équipes de travail.

Dans un cas, les troubles étaient réactionnels à un deuil.

Dans un dernier cas, les troubles étaient réactionnels à une grossesse non désirée chez une mère célibataire. Cela a entrainé une toxicomanie médicamenteuse, la malade prenait ses médicaments pour "oublier" sa situation et ses problèmes.

Pour ce qui est des séquelles de la maladie :

- Sept malades ont évolué vers un affaiblissement démentiel ou une détérioration sociale allant jusqu'à la clochardisation.

- Six malades ont cessé de travailler définitivement à cause de l'évolution de leur maladie.

Au total, chez 13 malades, soit 14%, le caractère invalidant de la maladie n'a pas permis de maintien de l'équilibre social et la poursuite du travail.

II - LES CONSULTANTES :

Elles représentent une catégorie de malades dont les troubles sont mineurs et ne nécessitent pas une hospitalisation. Ce sont aussi des malades ne présentant pas de troubles aigus à type d'agitation, par exemple qui justifieraient une admission d'urgence.

Elles ont parfois un caractère d'urgence différée qui ne s'expriment pas par une symptomatologie heurtée ou spectaculaire pouvant créer une gêne importante à la vie communautaire.

Elles comprennent aussi quelques malades suivies en post-cure.

Nous avons pû réunir 193 fiches de consultation. Pour ces malades, nous avons recueilli :

- L'année d'hospitalisation
- L'âge
- La situation familiale
- La profession

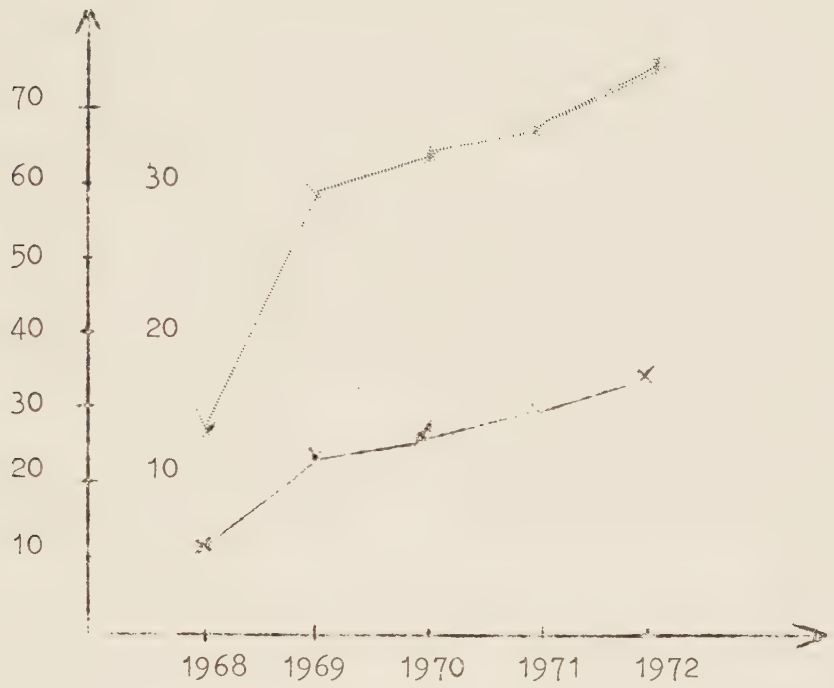
- Le nombre de consultations
- Les diagnostics
- Divers renseignements fragmentaires à caractère étiologique et les congés de maladie octroyés.

1°/ - REPARTITION PAR ANNEE DE CONSULTATION :

ANNEE	1968	1969	1970	1971	1972
NOMBRE	27	54	56	62	67

Nous constatons une augmentation du nombre des consultations chaque année.

Le graphique nous montre la progression de la courbe ainsi que ses rapports avec la courbe d'hospitalisations.



Nous avons en pointillé, la courbe des hospitalisées et en traits pleins, la courbe des consultantes.

Nous pouvons constater déjà l'augmentation presque proportionnelle des hospitalisées et des consultantes. Ces variations parallèles entre hospitalisations et consultations nous semblent tenir à l'homogénéité des critères liés au fait que l'équipe médicale et para-médicale a été la même.

2°/ - REPARTITION EN FONCTION DU NOMBRE DES CONSULTATIONS :

NOMBRE DE CONSULTATIONS	1	2	3	4	5	6
NOMBRE DE MALADES	136	28	13	4	1	2

Il y a eu 264 consultations pour 193 malades, soit 1,6 consultations par malade, explicable par :

- Une fréquentation peu régulière de la Psychiatrie.

- Le caractère réactionnel et résolutif des troubles.

Les 3/4 des malades ne sont venues qu'une fois. 15% des malades, soit 28, sont venues deux fois. 7% sont venues trois fois. Quatre sont venues quatre fois; une malade est revenue cinq fois et deux malades sont revenues six fois. Il s'agit ici pour la plupart, de malades qui ont été hospitalisées et qui présentent des affections psychotiques anciennes,

devant être régulièrement suivies en consultation de post-cure.

3°/ - REPARTITION EN FONCTION DE LA SITUATION MATRIMONIALE :

SITUATION	CELIBATAIRE	MARIEE	DIVORCEE	VEUVE
NOMBRE	7 4	7 6	3 4	9

Il y a eu 74 malades qui étaient célibataires, soit 38%.

Il y a eu 76 malades mariées, soit 39%.

La proportion de femmes mariées et célibataires, est sensiblement la même et c'est la plus forte, ce qui fait que la condition matrimoniale n'a pas d'influence sur le déclenchement des troubles. Puis, viennent les femmes divorcées avec 12%, soit 34 malades et les veuves avec 9 malades, soit 5%.

Comparons les pourcentages entre ces catégories pour les hospitalisées et les consultantes.

CATEGORIES	CELIBATAIRE	MARIEE	DIVORCEE	VEUVE
HOSPITALISEES	50,5%	25,2%	13,6%	10,5%
CONSULTANTES	38,3%	39,3%	1[illegible],4%	4,6%

Nous voyons donc que, si les célibataires constituent la majorité des hospitalisées, elles consultent aussi fréquemment que les femmes mariées.

Les femmes mariées se font hospitaliser moins souvent qu'elles ne consultent et ceci est dû au fait qu'elles ont la charge du foyer et des enfants et qu'il leur est difficile de les laisser.

Par contre, si les femmes divorcées semblent consulter aussi fréquemment qu'elles se font hospitaliser, les veuves

4°/ - REPARTITION EN FONCTION DE L'AGE :

TRANCHE D'AGE	- de 20	20/24	25/29	30/34	35/39	40/50	+ de 50
NOMBRE	21	1	27	3	7	10	1

Les âges se sont échelonnés entre 15 et 52 ans. L'âge moyen fût de 27 ans.

Le maximum des consultantes ont eu entre 20 et 29 ans. Il y a eu en effet 127 malades pour cette tranche d'âge, soit 66%. Il y en a eu 37 pour la tranche d'âge de 30 à 39 ans, soit 19%. Pour les moins de 20 ans, il y a eu 11%, soit 21 malades. La catégorie d'âge entre 40 et 49 ans avec 10 malades, représente 5%, celle des plus de 50 ans : 0,5%.

Nous constatons donc que les jeunes femmes de 20 à 29 ans, sont les plus nombreuses, ce qui est conforme à la pyramide des âges en Algérie. La jeune femme est de loin la plus active et la plus vulnérable. C'est donc elle qui fournit le recrutement le plus important.

Les femmes entre 30 et 39 ans, occupent la seconde place. Elles groupent en majorité, les femmes "seules"

veuves et divorcées surtout. Les plus de 40 ans sont pour la plupart des veuves.

Les moins de 20 ans sont presque toutes des libataires et des femmes mariées.

Nous remarquons que les pourcentages relevés sont proportionnels à ceux des hospitalisées en général et que les femmes dans chaque tranche d'âge, se font consulter auss souvent qu'elles se font hospitaliser.

Par contre, lorsqu'elles dépassent 50 ans, elles se font hospitaliser un peu plus souvent. La décompensation à cet âge ayant une signification psychopathologique différente et plus grave.

5°/ - REPARTITION EN FONCTION DES CATEGORIES PROFESSIONNELLES :

ENSEIGNEMENT : 49 SOIT 22,4%	INSTRUCTRICES	31
	INSTITUTRICES	14
	DIRECTRICES	2
	PROFESSEUR DE MATHEMATIQUES	1
	MONITRICE D'EDUCATION PHYSIQUE	1

SANTE PUBLIQUE : 49 SOIT 22,4%	SERVANTES DE SALLES	30
	AIDES-SOIGNANTES (Dont 1 Veilleuse de nuit)	6
	LINGERES	5
	INFIRMIERES	6
	SAGE-FEMME	1
	LABORANTINE	1
P.T.T : 20 SOIT 9,3 %	STANDARDISTES	20
PERSONNEL DE BUREAUX : 60 SOIT 28,1%	DACTYLOS	9
	EMPLOYEES DE BUREAUX	17
	SECRETAIRES	33
	ASSISTANTE COMMERCIALE	1
PERSONNEL DE SERVICES : 29 SOIT 13,5%	FEMMES DE MENAGE	13
	OUVRIERES D'USINES	7
	COIFFEUSES	4
	LINGERE	1
	CUISINIERE	1
	VENDEUSE	1
	SERVEUSE	1
	SURVEILLANTE DE PRISON	1
DIVERS : 8 SOIT 3,7%	COUTURIERES	6
	MODELE DE BEAUX ARTS	1
	PROSTITUEE	1

Nous constatons que l'éventail des catégories profes--sionnelles est plus long, qu'il y a des coiffeuses.

Par contre, en face de certaines professions assez insolites chez nous, d'autres sont toujours absentes ou très peu représentées : ce sont surtout des professions nécessitant un haut niveau intellectuel.

Il faut dire que, pour ces catégories, la structure de défense est en général meilleure et surtout la consultation en Psychiatrie est absolument redoutée, car la maladie mentale représente plus pour elles ; elle représente la perte d'une situation sociale, d'un prestige qu'elles pourront difficilement retrouver. De plus, consulter sera éventuellement réalisé à Alger ou à l'étranger.

6°/ - REPARTITION EN FONCTION DES DIAGNOSTICS :

Nous avons essayé de réunir tous les diagnostics qui nous ont été offerts couvrant plus le symptôme que donnant une indication réelle sur l'organisation de la personnalité.

Pour la plupart des cas, ils étaient l'indication d'une personnalité pathologique qui réagissait mal ou supportait al une situation.

	NOMBRE	D I A G N O S T I C S
	29	Troubles de types hystériques : crises expresso-émotives - pertes de connaissances- Catatonie et stupeur hystérique.
	2	Névrose Phobique.
	41	Syndromes dépressifs allant de l'asthénie simple à l'état dépressif sévère.
	33	Tentatives de suicides
	51	Céphalées - Palpitations - Nervosismes - Troubles Psycho-somatiques à expressions diverses.
	4	Schizophrénies
	1	Psychose hallucinatoire chronique

	NOMBRE	D I A G N O S T I C S
	1	Délire sensitif de KRESCHMER
	1	Bouffée délirante
	1	Confusion mentale
	1	Psychose Puerpuérale
	6	Troubles caractériels et Psychopathiques.

Il y a une très large majorité de troubles de type névrotique.

La consultation est le moment et lieu privilégié des maladies banales à expression mono-symptomatique à pronostic bon.

C'est aussi le lieu du tri des malades et de la prise en charge. Il faut noter d'emblée :

- L'importance de l'allégation asthénique des malades et c'est là, un fait important lorsque l'on sait que c'est un signal d'alarme indiquant la non tolérance de l'individu à son travail, l'inéfficacité ou l'insuffisance des moments de repos.

" LE TRAVAIL INTERESSANT FATIGUE PEU "

CLAPAREDE ET FRIEDMAN.-

Il faut donc estimer la fatigue à sa juste valeur et surtout se dire que c'est plus qu'un symptôme somatique, mais le signe qu'il y a un conflit qui a annulé la valeur intéressante du travail et c'est là qu'il faut agir pour mieux traiter le malade.

- Le symptôme céphalée est fréquemment retrouvé soit à titre mono-symptomatique, soit comme point d'appel à une série de petits troubles somatiques variés. Il constitue une entrée en matière destinée bien souvent à permettre d'extérioriser une situation de conflit et de demander conseil au psychiatre.

Par ailleurs, pour notre population, la tête et les troubles qui y sont ressentis, sont valorisés à l'extrême et c'est aussi une façon de justifier sa venue en consultation psychiatrique.

La focalisation sur cette zone du corps, tient au fond culturel et à la difficulté de la verbalisation.

- L'importance des tentatives de suicide et notamment chez l'adolescent, confirme les données notées dans tout le Maghreb : augmentation des suicides.

En effet, ce phénomène est un appel à l'aide afin de solutionner un conflit. Il est l'expression d'une opposition parents-enfant, mari-femme, groupe social donnée. En un mot, il est synonyme de conflit individu-société.

L'importance des troubles névrotiques (80%) est considérable. En effet, une relative sélection professionnelle à l'emporte-pièce chez l'employeur qui, de façon très intuitive, écarte assez systématiquement les postulants présentant

des signes de maladie grave (surtout psychotique), amène à l'embauche de travailleuses n'ayant pas de troubles apparents de type psychotique.

Rappelons les travaux de Russel Frazer datant de 1947 et qui a étudié 3.000 employés de l'industrie pris au hasard parmi 30.000 travailleurs et suivis pendant plusieurs mois.

- 13% des travailleuses présentaient une névrose franche, invalidante, pour cause d'1/5 de toutes les absences.

- 23% des travailleuses présentaient des troubles névrotiques mineurs à expression psychomatique, cause d'1/4 de toutes les absences.

Ces troubles sont responsables de six journées d'absences par an pour les femmes.

Ces chiffres de Frazer montrent une proportion de 36% de travailleuses présentant des troubles névrotiques dans un échantillon de travailleuses pris au hasard.

Il reste d'actualité et ne va nullement à l'encontre de notre pourcentage qui est choisi dans une population psychiatrique.

Les troubles psychotiques sont [illegible] comme nous l'avons dit, la sélection professionnelle de quelque manière que ce soit, écarte ces travailleurs et le caractère invalidant des troubles les amène vite et souvent à cesser leur travail.

7°/ - QUELQUES OBSERVATIONS PARTICULIERES:

CHARGE FAMILIALE : L'on sait que, bien souvent, le travail de la femme se double du fardeau familial.

Elle doit alors en plus de son travail, s'occuper de ses enfants. Il l'on sait aussi que la famille algérienne est une famille nombreuse, on constate que chez nos malades, le nombre d'enfants est relativement peu élevé.

NOMBRE D'ENFANTS	1	2	3	4	5	6	7	9
TRAVAILLEURS	8	1	2	4	2	1	2	2

Mais aussi, cette charge de famille s'augmente de celle d'ascendants et, chez cinq malades, il y avait charge familiale comprenant la mère et la fratrie.

PROBLEMES LIES AUX PARENTS : Il s'agit ici de célibataires. 26 d'entre elles ont signalé l'existence de conflits ou de tensions dûs aux parents.

Notons qu'une malade présentait des troubles liés à l'existence d'un père éthylique dont elle assumait partiellement les responsabilités. Une autre a dû interrompre ses études pour aider sa famille, renonçant ainsi à des ambitions personnelles et réagissant par un état dépressif.

Pour trois autres, les troubles étaient liés au désir des parents de marier leur fille, mais surtout en voulant un mariage traditionnel devenue incompatible avec les nouvelles aspirations de leur fille " citadine instruite et ouverte à une vie sociale qui lui permet la critique et désirer le libre choix.

PROBLEMES LIES AU COUPLE : Il s'agit ici des troubles nés des conflits entre le mari et sa femme qui travaille.

Ce sont essentiellement des problèmes d'incompatibilité internes du couple dans lesquels le travail joue un rôle mineur, mais qui se répercutent sur la capacité de travail de la femme. Elles sont 23, soit 9%.

Pour trois femmes, le mari sans travail pour cause d'invalidité ou de chômage, dépose sur les épaules de sa femme, le fardeau de chef de famille. Bien souvent, il se désintéresse de toute responsabilité et la femme alors, supporte très mal cette démission volontaire ou forcée du mari.

Pour trois autres, le problème est lié à un refus de leur mari imposé par un mariage traditionnel. C'est le prolongement pathologique de ce conflit de générations. La jeune fille n'avait pas osé poser le problème. La jeune femme le pose, mais il est trop tard, elle est liée. Son acceptation du mariage qu'elle croyait la délivrer la met dans une situation plus fausse et plus difficile.

Pour trois femmes, le problème est lié à un désaccord avec le mari, à l'existence de conflits qui vont aboutir au divorce que cette femme ne veut pas. Le mari s'éloigne et l'union s'effrite progressivement.

Une seule femme a indiqué que son mari refuse son travail. Les troubles sont liés à un vécu d'injustice devant ce mari qui dénonce l'accord tacite du travail de sa femme, allégant qu'il ne lui est plus nécessaire.

Trois femmes ont présenté des troubles liés à des grossesses ou des accouchements difficiles, en particulier parce qu'ils étaient des entraves à un travail régulier et donnaient naissance à un problème vis-à-vis de l'employeur (les congés de maternité étant en général de 56 jours, ce qui est parfois insuffisant).

PROBLEMES LIES A LA PERSONNALITE DE LA TRAVAILLEUSE: Ils ont été retrouvés dans 13 cas, soit 7%. Trois de nos malades étaient orphelines ayant toujours vécu seules, désarmées devant les problèmes. Si l'on retient la personnalité particulière des enfants sans famille, l'on pourra aisémment expliquer les difficultés de ces malades ayant subi de fortes carences affecrives qui ont donné naissance le plus souvent, à des immaturées affectives.

Cinq de nos malades ont été plusieurs fois mariées

et divorcées. Ceci est l'indication de troubles de la personnalité, s'exprimant par une mauvaise adaptation à une structure limitative, celle du couple et par conséquent à celle du travail.

Pour cinq autres, les troubles sont liés à des déceptions sentimentales mal acceptées par des personnalités de type hystérique.

PROBLEMES LIES AU TRAVAIL : Ce sont là, les effets pathogènes du travail qui sont mis en cause. Bien souvent, ils sont dûs à la mauvaise structuration du travail et des effets qu'il engendre.

Ils ont été retrouvés dans 22 cas, soit 11%.

Pour cinq malades, les troubles sont nés d'échecs à des examens de promotion dans le travail. Ces travailleuses attendent beaucoup de satisfactions de leur activité : augmentation de rémunération, de prestige et d'ambition. L'échec est alors très mal accepté et donne lieu à des réactions pathogènes.

Pour deux femmes, la promotio de poste de travail les a amenées à la consultation, car l'augmentation de responsabilités était supérieure à leur compétence. Un conflit nait, refuser d'emblée ou après terme une promotion gratifiante (et c'est l'aveu de l'incompétence) ou accepter une situation qui à la longue, mènera vers la découverte de l'insuffisance (et c'est la crainte de la dévalorisation).

Les mutations sont aussi génératrices de troubles qu'elles soient changement de service ou d'unité de travail. Elles viennent "bousculer" une situation sécurisante faite de mille et une habitudes de tolérances quotidiennes, d'un petit monde d'amitiés de travail et d'habitudes.

Pour certains auteurs, ceci correspond à l'indication d'un milieu familial non gratifiant sur le plan affectif qui est remplacé par un petit univers de travail.

Une de nos malades a présenté des troubles parce qu'elle fût injustement soupçonnéedde vol survenu dans le travail.

Une autre supportait mal son métier de secrétaire dans une entreprise de pompes funèbres.

Pour les neuf autres, les problèmes étaient liés au travail, sans qu'il y eu mentions particulières. Le travail ne leur convenait pas ou elles avaient des difficultés de relations avec leurs collègues. Ce sont là surtout des difficultés d'adaptation.

Les consultantes donc, nous ont permis ainsi de mieux voir les troubles mineurs liés au travail qu'il soit cause ou effet. Ainsi, nous verrons mieux les conséquences de ces troubles sur le plan travail et sur la relation entre la travailleuse malade et son organisme employeur. Nous verrons mieux qu'elles sont les structures de travail les moins tolérantes vis-à-vis de la maladie et ce, à travers les expertises.

3°/ - LES EXPERTISES .-

Il y a eu des demandes d'expertises officiellement formulées au Service de Psychiatrie à partir de 1970.

55 Malades ont été adressées en expertise de 1970 à la fin de 1972.

- 1970 = 5 Malades
- 1971 = 27 Malades
- 1972 = 33 Malades

La progression de la demande d'expertise est assez nette pour ces trois années. Pour ces malades, la répartition des âges s'établit comme suit :

AGES	- 19ans	20/29	30/39	40/49	+ 50ans
NOMBRES	3	30	20	2	1
POURCENTAGES	5,4%	54,5%	36,3%	3,6%	1,8%

Nous retrouvons ici, la nette prépondérance des jeunes femmes entre 20 et 29 ans avec 54,5% des cas.

Il y a ici, une augmentation de pourcentage pour les femmes de 30 à 39 ans, pourcentage qui a pratiquement doublé de 19% à 36%. Ceci s'explique par le recrutement plus important des malades faisant carrière administrative et vient confirmer l'existence d'un temps de latence entre l'apparition des troubles et le début du travail.

Ce temps de latence est en général inférieur à deux années pour les femmes jeunes de moins de 20 ans et lorsqu'il concerne les troubles psychotiques. Il est de 5 à 10 ans pour les troubles névrotiques.

- 3 malades entre 20 et 24 ans .
- 27 malades entre 25 et 29 ans .
- 15 malades entre 30 et 34 ans .
- 5 malades entre 35 et 39 ans .

La majorité des malades se retrouve dans la tranche d'âge entre 25 et 35 ans. Ceci est net chez les téléphonistes qui toutes ont présenté les premiers troubles au plus tôt après 6 années de travail, au plus tard 9 an-

nées d'activité. Ces femmes se répartissent dans les catégories professionnelles suivantes :

P.T.T :

18 SOIT 28,8%	TELEPHONISTES	16
.....	CONTROLEURS	2

ENSEIGNEMENT :

7 SOIT 12,6%	INSTITUTRICES	6
.....	MAITRESSE D'EPS	1

SANTE PUBLIQUE :

11 SOIT 19,8%	SERVANTES DE SALLES	3
.....	INFIRMIERES	7
.....	LABORANTINE	1

ADMINISTRATION :

19 SOIT 34,2%	DACTYLOGRAPHES	6
.....	EMPLOYEES DE BUREAU	3
.....	SECRETAIRES	8
.....	FEMMES DE MENAGE	2

Le Ministère des Postes et Télécommunications avec près d'un tiers des expertises, se révèle, vu la population féminine qu'il emploie, un des plus structurés (cela nous a été confirmé par une rapide "enquête" menée auprès des Services de ce Ministère).

Cette demande élevée d'expertise est dont due à une meilleure organisation qui permet d'éclaircir la situation du travailleur malade de façon rapide.

Nous retrouvons les autres cadres administratifs :

- La Santé Publique avec près de 20% des cas.
- L'enseignement avec près de 13% des cas.

Enfin, le cadre élargi des employées dans l'Administration.

L'étude des diagnostics posés montre :

- L'absence des psychoses liée à l'expression invalidante de la maladie et se traduisant par un arrêt définitif du travail.

L'augmentation des troubles de type dépressif en accord avec la notion de fatigue du travail si importante et exprimant ainsi que cet aspect de la maladie ne doit pas être négligé.

- Syndromes dépressifs 24

- Troubles névrotiques à expression anxieuse ou psycho-somatique .....

- Tentatives de suicide 3

- Troubles expresso-émotifs de type hystérique 8

- Psychasthénies 2

- Névrose phobique 1

- Syndrome phobo-obsessionnel 1

- Hyponchondrie 1

Nous retrouvons aussi un nombre important de troubles expresso-émotifs et de troubles anxieux ou psychosomatiques.

L'esprit s'exprime par le corps, soit par une crise, soit par une angoisse, soit par une somatisation.

Nous retrouvons : 2 Psychasthénies
1 Névrose phobique
1 Syndrome phobo-obsessionnel

La sanction de ces troubles, outre le traitement médicamenteux, a été l'octroi d'un congé de maladie.

Pour 55 malades, il y a eu :

- 17 congés de maladie simple allant de 7 à 540 jours, totalisant ainsi 1.057 jours pour l'ensemble des malades.

- 33 congés de longue durée allant de 45 jours à 24 mois, totalisant 3.998 journées d'arrêt de travail pour l'ensemble des malades.

- 3 Malades se sont vues refuser la validation des certificats médicaux produits.

- Parmi ces 55 malades, il y a eu :

- 5 femmes mariées
- 11 femmes divorcées
- 3 femmes veuves
- 36 célibataires

Notons ici l'importance des célibataires et des femmes divorcées.

Ces femmes ont donné à leur décompensation, des causes déclenchantes, évènements ou situations :

- Conflits avec les parents 6
- Soutiens de famille..... 2
- Deuils 2
- Rupture de fiançailles 1
- Abandon par le mari 1
- Problème professionnel 1
- Maladies 2

Nous retrouvons donc au premier plan, les problèmes familiaux :

- Conflits avec les parents
- Soutien de famille
- Abandon par le mari

et nous voyons que la situation socio-familiale est très importante pour le travail féminin. Elle représente l'opinion publique et tout ce qui fait le sur moi social.

C'est bien souvent cet élément qui va jouer un rôle de frein et de déclenchement, favorisant les autres facteurs nocifs au travail féminin.

III

QUELQUES

OBSERVATIONS

" Aujourd'hui les femmes savent qu'elles peuvent, dans une large mesure, se prémunir contre les coups du sort et, en partageant avec l'homme la responsabilité et la charge du foyer, elles fondent sur le travail leur propre sécurité "

SARTIN

Nous avons voulu donner quelques observations illustrant bien les différents aspects que nous venons de décrire.

OBSERVATION N°1 - D.B âgée de 38 ans :

Est admise pour état d'agitation aigue. Il s'agit d'une servante de salle qui a été hospitalisée à diverses reprises. Divorcée, mère d'un jeune enfant et soutien de famille pour ses ascendants, les premiers troubles remontent à l'époque où elle travaillait dans un Service de Pédiatrie et transportait les enfants qui décédaient pendant la nuit.

Evolution psychotique avec affaiblissement démentiel. Ne travaille plus. Le travail a été considéré comme facteur déclenchant chez une personnalité psychotique.

OBSERVATION N°2 - G.N âgée de 23 ans :

Début des troubles en 1970 chez une jeune couturière d'ameublement. Apparition des troubles après une année de travail (a occupé trois emplois successifs pendant cette année) . D'origine campagnarde, a vécu au Maroc jusqu'à l'âge de 14 ans où elle a obtenu le C.E.P. Parents aisés.

- Début des troubles au travail après disparition d'un chèque. Etat dépressif atypique amélioré en trois -mois. Est refusée à son travail. Rechute au bout do quelques mois.

- Evoluti' psychotique chez une jeune fille de 22 ans. Un choc émotionnel dû au travail, est à l'origine du déclenchement des troubles sur une personnalité fragile.

OBSERVATION N°3 - M.Z âgée de 33 ans :

Est admise pour troubles du comportement avec anxiété importante.

Mariée sans enfant, issue d'une famille très traditionnelle, elle a subi à l'âge de 17 ans, une gastrectomie et une cholécystecmie.

Secrétaire à différentes administrations, début des troubles un an et demi auparavant. Le mari présente une psychose maniaco-dépressive et une azoospermie.

Le surmenage présenté comme facteur déclenchant en fait personnalité et couple pathologique. Evolution psychotique.

OBSERVATION N°4 - D.A âgée de 30 ans :

Est admise pour la première fois pour état dépressif.

Il s'agit d'un état dépressif apparu 4 mois auparavant. Orpheline de père, elle est mariée à l'âge de 16 ans et divorce après 3 ans. Ses deux enfants sont laissés à son mari. Elle enseigne puis rencontre son deuxième mari, un professeur originaire du Proche-Orient. Deux enfants naissent. Quatre mois avant l'hospitalisation, elle apprend que le retour de son mari dans son pays est décidé. Ce problème n'avait jamais été débattu, la malade le fuyait, refusant inconsciemment cette solution. Installation d'un état dépressif.

Cette malade qui avait choisi de travailler après son divorce pour marquer sa liberté, qui a rencontré son mari dans son lieu de travail, présentait une immaturité affective avec de mauvais mécanismes de défense. Le travail a été un essai de sublimation qui a échoué dans la mesure où il s'inscrivait dans une situation fausse.

OBSERVATION N°5 - S.H âgée de 19 ans :

Est admise pour tentatives de suicides itératives chez une personnalité hystérique.

Secrétaire dactylographe, issue d'un foyer familial perturbé, père polygamme sans autorité, démissionnaire. Début des troubles à la suite d'une correction donnée par le frère en pleine rue, près de son travail.

Revendication pendant une année et demi du préjudice causé par le frère, ce qui cache en réalité un rejet massif du foyer familial et de l'image paternelle sans étoffe.

Le travail est inclus dans la revendication d'un statut social qui permette de s'affirmer.

OBSERVATION N°6 - C.B âgée de 24 ans :

Hospitalisée à diverses reprises pour troubles psychosomatiques avec anorexie importante et cachexie.

Noyau familial absent. Divorcée, soutien de famille, travaille pour "tout le monde". Repoussée par tout le monde à cause de ses plaintes interminables.

Ethylisme.

Le travail est un facteur d'échec. Dans la mesure où il représente une nouvelle expérience négative et largement dévalorisante.

IV

CONCLUSION

" ... notre rôle était d'ouvrir des voies, de provoquer des confrontations, de montrer le bouillonnement des idées "

S. & R. PLANCHE

L'Algérie connait depuis une décennie, une mutation socio-économique et culturelle. Celle-ci porte évidemment en premier lieu sur la place de la femme dans la société.

La scolarisation, l'essor économique, la mutation de la cellule familiale, l'introduisent en masse dans le monde du travail.

Il nous a paru important d'essayer d'approcher l'aspect médical de cette évolution à travers l'étude des décompensations psychiatriques chez la femme qui travaille.

De nombreux travaux ont cerné les aspects psychopathologiques du travail. Ceux-ci peuvent être liés aux conditions de travail, à la personnalité du travailleur, aux conditions d'environnement.

En ce qui concerne plus particulièrement la femme, son entrée dans le monde du travail la laisse encore trop souvent au bas de l'échelle dans un statut faux tant sur le plan professionnel que familial.

En prenant un emploi, elle devient un individu qui assume deux " professions " car en plus de son travail nouveau, elle continue généralement à assurer son travail traditionnelau foyer par ses fonctions de mère et d'épouse.

Une redistribution partielle des différents rôles dans un foyer où l'homme et la femme travaillent, s'est amorcée dans certains pays (Scandinavie).

En ce qui concerne la femme Algérienne, son accession au monde du travail reste le plus souvent quelque chose d'ambivalent. Cet élément tient essentiellement à son statut social qui reste marqué par un grand nombre d'éléments traditionnels alors que de par son nouveau statut, elle devrait effectivement accéder au statut d'adulte.

Nous avons essayé à travers l'étude des dossiers portant sur des travailleuses ayant présenté une décompensation psychiatrique, d'évaluer les différents aspects et les facteurs ayant joué dans cette décompensation.

Nous nous sommes adressés à la clinique de Psychothérapie du CHU d'ORAN en reprenant les dossiers de trois types de malades travailleuses ayant eu affaire au Psychiatre :

- Soit à titre de consultante
- Soit en tant qu'hospitalisée
- Soit lors d'une expertise

L'appréciation exacte des différents éléments a été gênée par le fait que nous entreprenions une étude rétrospective sur des dossiers qui, à l'origine, n'avaient pas été élaborés pour une étude dans ce sens.

On note une progression très nette au long des années, des chiffres portant sur chacune de ces catégories. Cette augmentation est corrélative en premier lieu de la progression du nombre de femmes au travail.

Par ailleurs, l'élément le plus important parait être la manière dont la femme aborde le problème du travail :

- Moyens de vie ou d'amélioration du revenu conjugal.

- Moyens de s'épanouir

- Moyens de fuir des problèmes liés à sa personnalité ou sa situation familiale.

C'est dire que le statut socio-culturel de la femme joue un rôle fondamental dans la manière dont la femme vivra son travail sur un mode normal ou pathologique.

Le type de travail offert à la femme et les structures professionnelles et sociales qui s'offrent à elle, vont souvent majorer les problèmes que celle-ci connait.

Salaire bas alors que la femme de par son travail, va voir ses problèmes le plus souvent majorés (problème des crèches, d'un éventuel enfant malade entrainant l'absentéisme).

L'élément essentiel se situe toutefois au niveau du foyer et du travail. L'attitude ambigue de l'homme vis-à-vis de sa femme ainsi qu'au travail vis-à-vis des autres femmes, va pouvoir jouer un rôle favorisant dans les décompensations.

Compte tenu de toutes ces données, on note un certain nombre de troubles qui en fait, ne sont que réactionnels, mais liés à l'addition de nombreux éléments nociceptifs.

Les troubles plus importants et notamment d'allure psychotique, ne conduisent pas à incriminer le travail; dans ces cas, ce dernier n'intervient que par la difficulté supplémentaire qu'il apporte à une personnalité déjà pathologique.

Discuter de son rôle favorisant ou pr com-me agent pathogène, est le plus souvent un faux problème posé à l'expert qui doit le régler au mieux des intérêts de la malade en infléchissant la décision dans le sens d'un rôle pathogène du travail. Ce dernier est toutefois certain dans certains types de professions, l'exemple de la névrose des téléphonistes est le plus frappant.

Ces données amènent à souligner l'importance d'une législation cohérente et effectivement appliquée et de structures adéquates, pour permettre à la femme de ne pas être dans une situation fausse amenant une contradiction entre ses divers rôles et attributions : son travail doit être un complément harmonieux et enrichissant de sa vie familiale.

Faute de l'y aider, nous assistons à une évolution très semblable à celle de pays où la femme a acquis droit de cité et sa place dans le monde du travail avec une contrepartie très péjorative : augmentation des problèmes sociaux et des -décompensations notamment sur une seul mode fréquemment psychiatrique.

BIBLIOGRAPHIE

1 - ABDELOUAHAB .

- L'Infanticide en Algérie.

Thèse Alger 1973.

2 - ABELY.P .

- Les Asystolies névrotiques.

Volume Brain And Mind Problèms " il pensiero scientifico " Rome 1969.

3 - ABELY P .

- Le moment est-il venu de réviser la nosologie psychiatrique ? Si oui, pourquoi et comment ? Si non, que devons-nous attendre ?

Annales médicaux-psychologiques, 1966, 124, 1 , 568 - 578.

4 - AMIEL R. et LEBIGRE F.

- Un nouveau test rapide pour l'appréciation de la santé mentale.

Annales médicaux-psychologiques, 128, 1, 565, 580.

5 - BAIL P.

- Contribution à l'étude psycho-pathologique du cadre des bouffées délirantes.

Thèse Paris 1967.

6 - BENATIA F.

- Le travail féminin en Algérie

SNED - Etudes et documents 1970.

7 - BENOIT J.C.

- Suicides, tentatives et conduites suicidaires. Etudes statistiques, psychologiques et prophylactiques récentes.

Presse médicale 1966, 74, n°25, 1333 - 1338.

8 - BERG J.H (Van Den).

- L'étiologie des névroses : névroses ou socioses.

SCHWEIZ - arch - Neurol. Psychiat - 1962.

9 - CAEN J.

- Les limites de l'hystérie : obsession et psycho-somatique.

Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. Lausanne. 1965.

10 - CARRARD.

- Psychologie de l'homme au travail.

E.D. Delachaux et Niestlé 1953.

11 - COLLOQUE DE L'HOPITAL SAINT JEAN DE DIEU .QUEBEC

- Le malade mental, le travail et la société.

Québec. Canada. 1966.

12 - CHOMBART DE L. VE.

- Changement de la situation de la femme dans la société.

Psychiatrie française 1964, 2, 86.

13 - DIMITROV C. et Co l .

- Le névrosé et son métier

Annales médicaux-psychologiques - Décembre 1965

14 - DRACOULIDES.

- Le contact affectif interhumain.

Annales médicaux - psychologiques. Juin 1969, 15 - 64.

15 - ECK M.

- L'homme et l'angoisse.

A. Fayard Editeur.

16 - EL HADDAD T.

- Notre femme dans la loi et la société
- Revue des Etudes Islamiques - Cahier XXIV 1935.

17 - EY. H

- Anxiété morbide. Etude Psychiatrique Vol.II - n°15 - 1950.

18 - EY. H

- Hypochondrie et psychiatrie. Etude Psychiatrique - Vol.II n° 17.

19 - FAVEZ-BOUTONIER et ROUSSEAU.

- Problèmes d'hygiène mentale posés par le travail hors du foyer par la mère de famille.
- Hygiène mentale 1956, 1, 105 - 128

20 - FERNANDEZ- ZOILA.

- Sur la Psychopathologie de l'homme au travail.
- Informations psychiatriques 1959 Novembre 525 - 530.

21 - GAYRAL L.

- Aspect psychologique et Hygiène mentale de la femme au travail.
- Archive. Maladies professionnelles 1965 6, 610 - 614.

22 - HECAEN et AJIURIAGUERRA.

- Les névroses traumatiques.
- Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française - Liège 1954.

23 - JOHNSON.

- Conception du travail dans le milieu traditionnel Africain.
- Psychopathologie africaine III, n°2, 1967 293 - 298.

24 - KACHA F.

- Contribution à l'étude du suicide en milieu urbain.
- Thèse Alger 1971.

25 - LABORIT H.

- L'agressivité détournée
- Collection 10-18 Paris 1970

26 - LE GUILLANT et Coll.

- La névrose des téléphonistes
- Presse médicale 1956, 13, 274 - 277.

27 - LOO P.

- Névrose et état névrotique
- Annales médicaux-psychologiques, 1956, 114, n°2, 227 - 253.

28 - M'RABET F.

- La femme algérienne.
- Editions Maspéro - Paris 1964.

29 - M'RABET F.

- Les Algériennes.
- Edition Maspéro - Paris 1967.

30 - PLANCHE S. et R.

- Les décompensations névrotiques
- Rapport, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. CAEN 1971.

31 - PELISSIER Y.

- La décompensation névrotique aigue
- Presse médicale 78, n°39, 1709-1711 1970.

32 - REID D. D.

- La méthode épidé ologique dans l'étude des troubles mentaux.
- Cahiers Santé Publique n°2 OMS.

33 - RUSSEL FRAZER.

- L'incidence des névroses parmi les travailleurs en usine.
- Rapport n°9 du médical RESEARCH - Council 1947 et Archives maladies professionnelles 1950, 5, 516.

34 - SIVADON D. KUIDU (Melle M.), RABARDEL J.

- Le syndrome de Vatel - décompression brutale dans une certaine situation professionnelle.
- Annales médicaux-psychologiques 1963, 121 n°3 - 478 - 484.

35 - SIVADON P. et AMIEL R.

- Psychopathologie du travail
- Les Editions sociales françaises 1969 -

36 - SIVADON P.

- Problèmes d'hygiène mentale posés par le travail de la femme hors du foyer.
- Rapport à la ligue européenne d'hygiène mentale à Istambul 1955.
- Revue de Médecine préventive. Zurich. 1955; 7, 319 - 337.

37 - SIZARET .

- Les névroses secondaires après arrêt du travail.
- Revue de Médecine - Tours Mai 1966.

38 - SULLEROT E.

- Demain les femmes.
- Laffont Editions 1966.

39 - SYMPOSIUM SUR LES ETATS DEPRESSIFS.

- Evolution psychiatrique 1955, n°3, 459 - 585.

40 - VANDEVELDE H.

- Participation de la femme algérienne sur le plan social et professionnel.
- Mémoires Doctorat sociologie.

41 - ZERDOUMI N.

- La femme algérienne face au problème de l'emploi.
- Mémoires de Doctorat en sociologie. Institut Social de Montrouge 1963.

REVUE DE LA PRESSE ALGERIENNE

EL MOUDJAHID / ALGER. 18 Mars 1966

- Emancipation ou dépersonnalisation.

LA REPUBLIQUE / ORAN . 19 Novembre 1968

- La femme dans le domaine social.

AN NASR / CONSTANTINE. 30 Juillet - 5 Août 1965.

- La femme et le travail.

REVOLUTION ET TRAVAIL (U.G.T.A) 30 Mai 1967

- Le travail des femmes.

=§=§=§=§=§=§=§=§=

- 0 -